



**Factores personales asociados a la calidad del reporte de
enfermería en la unidad de cuidados intensivos
postoperatorios de cardiopediatría, INCOR ESSALUD,
Lima 2016.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Rosalynn Lidia Córdova Santivañez

ASESOR:

DR. Helfer Joel Molina Quiñonez

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERU-2017

Página del jurado

Dr. Juan Méndez Vergaray
Presidente

Mg. Teresa Campana Añasco
Secretario

Dr. Helfer Molina Quiñones
Vocal

Dedicatoria

A Dios, por darme la vida y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía para lograr mis objetivos durante todo el periodo de estudio, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el ejemplo de virtudes y valores, en el camino de mi educación, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi hermana Zoila por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual admiro la constancia y la disciplina en la vida y el amor infinito en el cuidado de sus dos angelitos.

La autora

Agradecimiento

Los docentes de la Universidad Cesar Vallejo, por impartir sus conocimientos de manera objetiva y ordenada, buscando siempre el pensamiento reflexivo en cada jornada, para crecer como profesional y ser mejor ciudadano al servicio del país.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Córdova Santivañez Rosalynn Lidia, estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI: 40320859, con la tesis titulada:

“Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos postoperatorios de cardiopediatría, INCOR Essalud 2016.”

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.

- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 28 de noviembre del 2016

Córdova Santivañez Rosalynn Lidia

DNI: 40320859

Presentación

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, Lima 2016.” ; investigación de enfoque cuantitativo no experimental de tipo descriptivo correlacional, cuyas variables de estudio son factores personales y calidad de reporte de enfermería, tiene como objetivo general determinar la asociación entre los factores personales y la calidad de reporte de enfermería. Consta de seis capítulos, en el capítulo I: Introducción, capítulo II: Marco metodológico, capítulo III: Resultados, capítulo V: Discusión, y capítulo VI: Recomendaciones, finalmente Anexos. En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Br. Córdova Santivañez Rosalynn Lidia

Índice

Páginas Preliminares	ii
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
Antecedentes	16
Fundamentación Científica, técnica o humanista	21
Justificación	49
Problema	50
Hipótesis	53
Objetivos	54
II. Marco metodológico	57
2.1 Variables	58
2.2 Operacionalización de variables	58
2.3 Metodología	59
2.4 Tipo de estudio	59
2.5 Diseño	60
2.6 Población, muestra y muestreo	60
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
2.8 Método de análisis de datos	64
2.9 Aspectos éticos	65
III. Resultados	66
IV. Discusión	80
V. Conclusiones	88
VI. Recomendaciones	91
VII. Referencias	93
VIII. Apéndice	100

APENDICE 1	Artículo científico	101
APENDICE 2	Matriz de consistencia	113
APENDICE 3	Cuestionario factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en el servicio de Cardiopediatría Incor Essalud	118
APENDICE 4	Guía de observación evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería	120
APENDICE 5	Rangos y niveles del instrumento conocimiento de reporte de enfermería mediante el método Dalenius-Hodegs	122
APENDICE 6	Rangos y niveles del instrumento motivación de reporte de enfermería mediante el método Dalenius-Hodegs	123
APENDICE 7	Prueba de confiabilidad alfa de crombach para el instrumento conocimiento de reporte de enfermería	124
APENDICE 8	Prueba de confiabilidad alfa de crombach para el instrumento motivación de reporte de enfermería	125
APENDICE 9	Prueba de confiabilidad alfa de crombach para el instrumento guía de observación de reporte de enfermería	126
APENDICE 10	Base de Datos	127
APENDICE 11	Carta de presentación	134

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Organización de enfermería para recibir al paciente pos operado inmediato	28
Tabla 2 Matriz de operacionalización de las variables factores personales	58
Tabla 3 Matriz de operacionalización de la variable calidad de reporte de enfermería	59
Tabla 4 Validez de contenido del cuestionario conocimiento y motivación del reporte de enfermería	62
Tabla 5 Validez de contenido de la guía de observación del reporte de enfermería	63
Tabla 6 Estadística descriptiva de la edad, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	67
Tabla 7 Estadística descriptiva del sexo, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	67
Tabla 8 Tabla de frecuencia de enfermeras según estado civil, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	68
Tabla 9 Tabla de frecuencia de enfermeras según tipo de contrato, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	68
Tabla 10 Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de instrucción, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	69
Tabla 11 Estadística descriptiva del tiempo de experiencia profesional y laboral, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	70
Tabla 12 Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento de reporte de enfermería - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	71

Tabla 13	Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de motivación de reporte de enfermería Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	71
Tabla 14	Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de cumplimiento del reporte de enfermería-Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	72
Tabla 15	Pruebas estadísticas no paramétricas de kolmogorv-smirnov	73
Tabla 16	Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables factor personal (Edad)	74
Tabla 17	Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables factor personal (Motivación de reporte de enfermería)	75
Tabla 18	Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables factor personal (Años de experiencia laboral)	76
Tabla 19	Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables factor personal (Años de experiencia profesional)	77
Tabla 20	Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables factor personal (Conocimiento de reporte de enfermería)	78
Tabla 21	Estadística descriptiva y la prueba de diferencia de medias para muestras independientes	79

Lista de figuras

Figura 1: Diseño no experimental de cohorte transversal de tipo correlacional-causal	60
Figura 2: Gráfica de barras del sexo, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	137
Figura 3: Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según estado civil, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	138
Figura 4: Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según tipo de contrato, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	139
Figura 5: Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de instrucción, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	140
Figura6 :Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	141
Figura 7: Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de motivación, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	142
Figura 8: Gráfica de barras de frecuencia de enfermeras según tiempo de experiencia profesional y laboral, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016	143

Resumen

El presente trabajo de investigación titulado: “Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos postoperatorios de cardiopediatría, INCOR Essalud 2016.” Se plantea como objetivo: Determinar los factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud. El diseño metodológico es de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter cuantitativo, el área de estudio estuvo constituido por las enfermeras del servicio de Cardiopediatría posoperatorio del Instituto Nacional del Corazón, siendo la población y muestra 45 enfermeras y 135 reportes de enfermería observados. Los instrumentos elegidos fueron el cuestionario y guía de observación, la validez de ambos instrumentos fue a través de juicio de expertos, la confiabilidad del cuestionario de conocimientos fue de 0,71%, la de cuestionario de motivación fue de 0,72% y la confiabilidad de la guía de observación fue de 0,82%. Los datos se presentaron en tablas y figuras lo que permitió y facilitó el análisis de los mismos, llegando a la siguiente conclusión: la variable conocimiento tiene un grado mayor de correlación con la calidad de reporte de enfermería, en comparación con los demás variables (edad, estado civil, experiencia laboral, experiencia profesional y motivación).

Palabras Claves: Factores asociados, calidad, reporte de enfermería, cardiopediatría, cuidados intensivos, posoperatorios.

Abstract

The present research work entitled: "Personal factors associated with the quality of the nursing report in the postoperative intensive care unit of Cardiopediatrics, INCOR Essalud 2016." It is proposed as objective: To determine the Personal Factors associated with the Quality of Nursing Report in the post operative Intensive Care Unit of the National Heart Institute It is health. The methodological design is descriptive cross-sectional, of a quantitative nature, the area of study was constituted by the nurses of the postoperative cardiopathy department of the National Heart Institute, being the population and shows 45 nurses and 135 nursing reports observed. The instruments chosen were the questionnaire and observation guide, the validity of both instruments was through expert judgment, the reliability of the knowledge questionnaire was 0.78%, the questionnaire motivation was 0.79% and the Reliability of the observation guide was 0.82%. The data were presented in tables and figures, which allowed and facilitated the analysis of the same, arriving at the following conclusion: the knowledge variable has a higher degree of correlation with the nursing report quality, in comparison with the other variables (age, marital status, work experience, professional experience and motivation).

Key Words: Associated factors, nursing report quality, cardiopediatrics, postoperative intensive care.

I. Introducción

La presente tesis, titulada “Factores personales asociados a la Calidad de Reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos posoperatorios de Cardiopediatría INCOR Essalud lima, 2016”, pretende conocer que variables del factor personal están asociados a la calidad del reporte de enfermería y por ende optimizar los procesos de gestión de cuidado de enfermería.

La presente investigación ha seguido las pautas que se pone en consideración la escuela de post grado las cuales están divididas en 7 capítulos desarrollados con sus respectivas características.

El primer capítulo contiene: introducción, donde se plasma los antecedentes internacionales, fundamentación científica, técnica o humanística, justificación, problema de investigación, hipótesis y los objetivos generales y específicos.

El segundo capítulo contiene: variables, operacionalización de variables, metodología, tipo de estudio, se define la población y se calcula el tamaño de muestra si amerita, se define las técnicas e instrumentos de recolección de datos, se detalla el método de análisis de datos y se considera los aspectos éticos de la investigación.

El tercer capítulo contiene: los resultados, se realiza el análisis descriptivo presentando tablas y gráficos con su respectiva interpretación y en el análisis inferencial con su prueba de hipótesis estadística a un nivel de significancia de 5%.

En el capítulo 4, en este capítulo se discute los resultados obtenidos con los resultados obtenidos por otros investigadores que se encuentra en los antecedentes.

En el capítulo 5 y 6 contiene las conclusiones y recomendaciones y los capítulos 7 y 8 son referentes a la referencia bibliográfica y anexos.

1.1 Antecedentes

Yáñez-Corral (2016). En el estudio “Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería”, investigación cuantitativa, transversal. Concluye: la estandarización e incorporación de aspectos de seguridad del paciente, en el proceso de enlace de turno de enfermería, contribuyen en la prevención de eventos adversos y aseguran la calidad en el cuidado de enfermería. (pp.102-105)

Machaczek (2013). En el estudio “Percepción de médicos y enfermeras sobre las barreras en la realización de traspaso en los hospitales en la República Checa”, investigación exploratorio. Concluye: a) El traspaso surgieron como un proceso complejo influenciado negativamente por el entorno laboral y social, y es más estandarizado en médicos que en enfermeras. b) La normalización no mejoró la calidad de la información transmitida. c) Las mejoras en las prácticas de traspaso requieren cambios en la organización, tales como una reducción de la carga de trabajo y la formación del personal en la realización del traspaso. (pp.1-8)

López (2015), en el estudio “Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería”. Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo y documental. Concluye: a) Las áreas de mayor déficit de registro se encuentran en los indicadores Identificación, Valoración, Evaluación y Elaboración. b) Respecto a la calidad del registro clínico se demuestra que ésta es de No cumplimiento, es decir, el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso. Esto evidencia la necesidad de implementar una intervención educativa en el personal de enfermería para mejorar la calidad del registro. (pp.65-75)

Guevara (2015), en el estudio “El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería”. Estudio cualitativo. Concluye: a) ratificar que el informe no es una oportunidad de un momento, es necesario educar, realizar seguimiento, evaluación y retroalimentación para permitir mejoras de los grupos. b) Los profesionales de enfermería como líderes del proceso deben ser

capaces de guiar su realización siendo críticos y propositivos, con miras a eliminar los factores o barreras tanto personales como ambientales, que interfieren de modo negativo en el proceso, garantizando la continuidad, calidad y la seguridad del cuidado de los pacientes a través de una eficiente entrega de turno. c) Un cambio de turno adecuado, aplicando su concepto, proporciona a los profesionales de enfermería la oportunidad de aclarar y corregir inexactitudes con el paciente y la familia, y con los mismos colegas, en última instancia, con la disminución de errores o eventos adversos en su cuidado y la satisfacción del paciente. (p.415)

Llapa (2013), en el estudio “Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería”. Investigación de tipo descriptiva-exploratoria con enfoque cuantitativo. Concluye: a) las fortalezas del cambio de turno es la objetividad del informe , ambiente tranquilo y el intercambio ágil de la información, b) las debilidades del cambio de turno funcionarios con prisa por salir, impuntualidad para iniciar el cambio de turno y falta de planificación, c) en lo que respecta a las oportunidades del cambio de turno las buena relación con otros profesionales de la salud, d) en cuanto a las amenazas del cambio de turno exceso de unidades bajo la responsabilidad de un enfermero, la propia administración del hospital, llamadas telefónicas durante el cambio de turno y las interrupciones médicas.(pp. 206-207)

Verdugo-Batiz (2011), en el estudio “Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario”. Estudio descriptivo, observacional, transversal y correlacional. Concluye: la carga de trabajo del personal de enfermería sí influye en la calidad de atención de enfermería, no así el nivel académico.(p.15)

Funes (2011), en el estudio “Factores que intervienen en la calidad de atención de los(as) usuarios(as) que asisten a consulta a la unidad de salud Dr. Manuel Alvarenga andino, San salvador, período febrero-mayo 2011. Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública. En la Universidad de El Salvador. Concluye: a) las características socioculturales y demográficas del (la)

usuario(a) no son determinantes para que encontrará atención con calidad de parte de los prestadores de servicios de salud. (p.63)

Vargas (2012), en el estudio “Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste”. Estudio observacional, transversal y comparativo. Concluyó: Los factores sociodemográficos que influyeron en el buen trato digno de enfermería en la atención de los pacientes fueron la edad de 40 a 44 años de edad, el sexo femenino, la escolaridad medio superior, el estado civil casados, años de antigüedad laboral más de 26 años y años de antigüedad en el servicio 14 a 19 años.(p.45)

Vargas (2016), en el estudio “Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso”. Estudio descriptivo transversal. Establece las siguientes conclusiones: a) Los factores personales, laborales y contextuales que inciden en la aparición de un evento, revela que a pesar que se conoce la definición conceptual de EA y se manifiesta una conducta no temeraria ante el reporte, se enfocan básicamente en situaciones como son las caídas. b) Un porcentaje bajo establece una relación con la condición de infraestructura y equipos con el evento adverso, situación contraria a la relación de pacientes por profesional y la calidad y ubicación de los mismos, de lo que se colige que estos últimos aspectos sí están directamente relacionados con los eventos adversos en esta institución. (pp.1-19)

Zárate – Grajales (2015), en el estudio “Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos”. Estudio multicéntrico, analítico, transversal y observacional. Estableció las siguientes conclusiones: a) No se encontró relación entre los EA y el índice enfermera/paciente. b) Entre los factores que están más ponderados está la falta de supervisión (62.8%), no adhesión a protocolos (57.7%), falta de habilidades en el personal (36.5%), presión por el tiempo y la falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento de los profesionales de salud, tales como la fatiga y el estrés el (35%). (p.68)

Cadena (2014), en el estudio “Factores que influyen en el profesional de enfermería de una institución de tercer nivel para desarrollar investigación”. Estudio correlacional, prospectivo y transversal. Estableció las siguientes conclusiones: El desarrollo profesional y la motivación son los principales factores para investigar, sin embargo la organización de la vida personal la dificulta.(p. 28)

Almeida (2015), en el estudio “Entrega de turno en Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica”. Estudio descriptivo y cuantitativo. Estableció las siguientes conclusiones: En relación a las actitudes de los profesionales no destinaban total atención a las informaciones, pues realizaban cuidados a los pacientes durante la Entrega de Turno. b) Atraso de funcionarios en las entregas y además realizaban cuidados a pacientes durante el proceso. c) Las entregas eran interrumpidas por conversas paralelas. (pp. 440-442)

Lombeyda (2015), en el estudio “Protocolo de entrega y recepción de turno para garantizar la continuidad de atención de enfermería en el Área de Neonatología del Hospital Dr. Gustavo, Santo Domingo Ecuador 2015”. Tesis para optar el grado académico magister en gerencia de servicios de salud. Estudio cuantitativo deductivo inductivo, donde establece las siguientes conclusiones: inexistencia de una organización y responsabilidad por parte del personal de enfermería hacia la entrega y recepción de turno. (p.68)

Goncalves da Silva (2016), en el estudio “El contenido de los registros de enfermería en los hospitales: contribuciones al desarrollo del proceso de enfermería”. Estudio con un enfoque cuantitativo. Estableció las siguientes conclusiones: a) los registros realizados por el personal de enfermería no contribuyen al desarrollo del proceso de enfermería de los pacientes. b) La atención al paciente centrado no se ve en su singularidad pues la enfermera, no registra sus intervenciones. (p.24- 27)

En cuanto a los antecedentes nacionales, Contreras (2012), realizó un estudio sobre: “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Estableció las siguientes conclusiones: Los factores personales que influyen en el llenado de notas de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, fueron el conocimiento, la identidad profesional y la motivación. Entre los factores institucionales, figuraron el recurso material, el reconocimiento del mérito, la dotación del personal profesional y la elevada demanda de atención (p.93)

Sebastián (2016), en el estudio “Factor personal e institucional en el desarrollo del “cuidado humano de ayuda confianza”, de la teoría de Jean Watson en los enfermeros del servicio de medicina 3B del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013”, estudio descriptivo de corte transversal. Estableció las siguientes conclusiones: a) factor personal (motivación, satisfacción profesional y relaciones interpersonales) está presente en un 60% y el factor institucional (capacitación) en un 80%. b) el factor personal e institucional están siempre presentes en el desarrollo del “Cuidado humano de ayuda confianza” y en los enfermeros observados se encontró que se brinda el cuidado aplicando el cuarto factor según sus dimensiones. (p.3)

Gutiérrez (2014), en el estudio “Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé”. Investigación no experimental, descriptiva transversal. Estableció las siguientes conclusiones: Las enfermeras del servicio de Ginecoobstetricia, cumplen con realizar los registros de Enfermería entre un nivel bueno y muy bueno en 63.4% y el 7.3% registran muy malo. (p.51)

Goicochea (2010), en el estudio “Calidad de los registros de enfermería y su relación con la calidad de atención de enfermería en el servicio de medicina mujeres del hospital nacional PNP “Luis Sáenz”, Lima 2010. Tesis para optar el grado de magíster en dirección y gestión en servicios de la salud con mención en

enfermería. Estudio de tipo descriptivo correlacional, diseño observacional y de corte transversal. Estableció las siguientes conclusiones: a) La Calidad de los Registros de Enfermería es de nivel aceptable en 85.7% de los registros evaluados, b) La calidad de atención de enfermería es de nivel alto, siendo de nivel similar en las dimensiones de proceso de atención, relación enfermera-paciente y resultados, mientras que la dimensión de comodidad se presenta en un nivel medio. (p.101)

1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística

Enfermería en Terapia Intensiva: organización, realización y evaluación de los cuidados de enfermería

La emisión del juicio diagnóstico será la base sobre la que se plantearán las intervenciones encaminadas a resolver las respuestas alteradas ya identificadas en la fase de la valoración dentro del proceso enfermero. Sin lugar a duda la responsabilidad sobre quien recae la consecución de los objetivos planteados en esta fase es de los profesionales enfermeros, por lo que de ellos dependerá la planificación y ejecución de las intervenciones, ya sean de ayuda o de suplencia. Estas a su vez englobarán una serie de acciones específicas, con el fin de lograr el mayor grado de independencia de la persona siempre y cuando todos los requisitos de vida planteados por Virginia Henderson se encuentren cubiertos o aquellas acciones específicas estén dirigidas a suplir la autonomía de la persona.(Fernández,2016, p.289)

El valor de la Responsabilidad Profesional

Por responsabilidad profesional se entiende cumplir los deberes y obligaciones asignadas, así como asumir las consecuencias y los resultados de las acciones personales y las delegadas. Según el Código Deontológico, se exige el deber y la responsabilidad de mantener actualizados los conocimientos científicos y perfeccionar la capacidad profesional, junto a la obligación de reciclaje en los conocimientos estrictamente enfermeros. (Fernández, 2016, p.290). Además,

debe de conocer otra serie de obligaciones y deberes necesarios para el ejercicio de su profesión, cuyo incumplimiento puede generar una responsabilidad profesional, debiendo tener la práctica suficiente como para llevar a la práctica de forma segura y eficaz sus conocimientos. (Fernández, 2016, p.291)

También estará obligado a que todo se encuentre en adecuado funcionamiento y correctamente revisado, manteniéndolas en condiciones óptimas con el fin de no causar daños. (Fernández, 2016, p.291)

Prioridades de Actuación

Todos los problemas no pueden ser abordados al mismo tiempo, por lo que resulta imprescindible hacer una ponderación de los mismos, no deben de ordenarse de manera aislada, sino como un conjunto interrelacionado de variables a analizar, atendiendo en primer lugar a aquellos que con mayor probabilidad pueden desequilibrar la situación de salud de la persona. (Fernández, 2016, p.291).

Una vez establecidas las prioridades de actuación hay que formular los objetivos y debido a que los criterios no serán los mismos, hay que distinguir entre objetivos de diagnósticos enfermeros y los relacionados con los problemas de colaboración. (Fernández, 2016, p.291)

Entonces podemos deducir de las afirmaciones anteriores que lograr la recuperación del paciente dependerá del resultado de los objetivos planteados, los que se derivan del juicio diagnóstico enfermero emitido en la fase anterior y será la columna vertebral sobre la que se organizará todo el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones estén encaminadas a alcanzar ese objetivo.

Estructura de las Intervenciones del Cuidado

En función del origen y grado de autonomía del enfermero se establecen dos tipos de intervención:

a) Independientes: Si van encaminadas a resolver juicios enfermeros reales, éstas irán dirigidas a actuar sobre la causa o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones de dependencia, mientras que en los juicios de riesgo se dirigirán a actuar sobre estos factores para evitar la aparición de manifestaciones de dependencia, así como la detección temprana de las mismas que den lugar a respuestas alteradas. (Fernández, 2016, p.293)

b) De colaboración: se integran las intervenciones que el enfermero desarrolla en conjunto con el resto de miembros del equipo multidisciplinar en las que el responsable del resultado final será el profesional con el que se colabore. (Fernández, 2016, p.293)

Competencias y actuaciones de enfermería

En las Unidades de Cuidados Intensivos, el equipo de Enfermería debe gestionar tareas que requieren habilidades de discernimiento, iniciativa, madurez y estabilidad emocional, además de estar calificado como especialista para desempeñar este papel. (Henríquez, 2012, p.4). Esta situación es determinante debido a que el trabajo de enfermería en estas unidades está caracterizado por actividades asistenciales y administrativas complejas. En este contexto resulta de vital importancia entender las competencias y capacidades requeridas para proporcionar cuidados intensivos entre las que se destacan:

a) Administración del cuidado de enfermería: El proceso de cuidar y el proceso de administrar pueden ser considerados como las principales dimensiones del trabajo del enfermero en su día a día. En las Unidades de Cuidados Intensivos, el enfermero tiene la función de organizar y planificar el trabajo a ser desarrollado, durante su turno y muchas veces, del turno del compañero. De esa forma, le compete al enfermero evaluar el paciente, planificar la asistencia, supervisar las atenciones, así como, ser el responsable de tareas burocráticas y administrativas. (Henríquez, 2012, p.4)

b) Implementación del cuidado de enfermería de mayor complejidad: Al prestar el cuidado de enfermería a pacientes de alta complejidad, el enfermero aprende a ejercitar su compromiso favoreciendo una estrecha relación con el paciente y consecuentemente contribuyendo para una asistencia de calidad.

Por tanto, en ese ambiente, el trabajo del enfermero no se limita a articular los diversos medios de trabajo del equipo de salud y de enfermería, pero también aparece en la prestación directa de atenciones de mayor complejidad al paciente. (Henríquez, 2012, p.5)

c) Toma de decisiones: Las habilidades para la toma de decisiones se componen del pensamiento crítico sobre las situaciones con base en análisis y juicio de las perspectivas de cada propuesta de acción y de sus desdoblamientos. Entre los conocimientos del área de administración a ser adquiridos en esta temática están: el conocimiento de la cultura y de las estructuras de poder de las organizaciones, el proceso administrativo de la toma de decisiones compuesto por el establecimiento de objetivos, busca de opciones, elección, implementación y evaluación. (Henríquez, 2012, p.5)

d) Liderazgo en enfermería: La complejidad y demanda de trabajo impuesto al enfermero de Cuidados Intensivos, administrando y guiando las acciones y prácticas del cuidado, refuerza la necesidad del desarrollo de la capacidad de liderazgo. El liderazgo envuelve compromiso, responsabilidad, empatía, habilidad para la toma de decisiones, comunicación y administración de forma efectiva y eficaz. (Henríquez, 2012, p.6)

e) Comunicación: En una Unidad de Cuidados Intensivos, una de las herramientas necesarias al trabajo del equipo de la salud es la comunicación. La habilidad en comunicación puede ser conceptualizada como un proceso interpersonal que debe alcanzar el objetivo de los comunicadores, presuponer conocimientos básicos de comunicación, poseer conciencia de lo verbal y de lo no verbal en las interacciones, actuar con claridad y objetividad, promover el autoconocimiento en la búsqueda de una vida más auténtica. (Henríquez, 2012, p.6)

f) Administración de recursos humanos: El enfermero de Unidad de Cuidados Intensivos, para promover la administración de los recursos humanos del área de Enfermería necesita conocer la capacidad y la disposición de sus colaboradores y aliarlas al nivel de complejidad exigidos por la clientela. Así, los profesionales miembros del equipo tendrán posibilidad de crecer y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes en el desarrollo de la asistencia de enfermería. (Henríquez, 2012, p.7)

g) Educación continuada/permanente: Se cree, que las actividades de educación continuada/permanente pueden constituirse en una de las formas de asegurar el mantenimiento de la capacidad del equipo de enfermería con relación a la asistencia.

La Educación Permanente también fue destacada como una estrategia de administración participativa en el trabajo/cuidado en la UTI, pues posibilita la transformación del proceso de trabajo, envuelve el administrar, cuidar, educar y utiliza la ponderación crítica sobre la práctica cotidiana de trabajo para producir cambios en el pensar y actuar del equipo de salud.(Henríquez, 2012, p.7)

h) Administración de recursos materiales: La administración de recursos materiales es definida como el flujo de actividades de programación (clasificación, estandarización, especificación y previsión de materiales), compra (control de calidad y licitación), recepción, almacenamiento, distribución y control, con el objetivo de garantizar que la asistencia a los usuarios no sufra interrupciones por insuficiencia en la cantidad de recursos materiales. (Henríquez, 2012, p.8)

Unidad de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico

Las Unidades de Cuidados Intensivos Cardiopediátrico son salas para tratar al niño gravemente enfermo, dotadas del personal y de la tecnología para vigilar continuamente las diversas funciones del organismo y tratar las anomalías que se pueden producir en dichas funciones. (Muñoz, 2008, p.406)

Se dispone de monitores que recogen múltiple información del paciente, aparatos para administrar diversos tipos de medicación y para auxiliar e incluso sustituir en parte la función de algunos órganos, como respiradores que apoyan la ventilación, o hemofiltros, que suplen la función de los riñones. (Muñoz, 2008, p.425)

El personal está altamente entrenado en el manejo de éstos aparatos y en la identificación y tratamiento de los problemas que se puedan presentar. (Muñoz, 2008, p. 407)

Manejo de Enfermería del niño operado de corazón

Los descubrimientos científicos y tecnológicos de las últimas décadas en el campo de la salud están creando tecnologías que ofrecen variedad en el manejo del paciente con cardiopatías congénitas, estos avances se deben a la centralización del cuidado de los pacientes con cardiopatías congénitas en unidades altamente especializadas, que abordan un tratamiento integral de neonatos y lactantes, mediante el desarrollo de técnicas no invasivas para el diagnóstico anatómico y funcional de las anomalías, avances y mayor seguridad en los procedimientos angiográficos y mejoras en el equipo de circulación extracorpórea y monitoreo hemodinámico.

Para conseguir un cuidado de excelencia es necesario contar con un equipo de médicos y enfermeras ampliamente especializado, así como una unidad de cuidados intensivos con arquitectura diseñada y completamente equipada; donde el personal de enfermería debe contar con el conocimiento científico, tecnológico y humanista, necesarios para discernir la anatomía y fisiología de los defectos congénitos, así como de su técnica quirúrgica y de los avances en relación a los procesos en torno a la cirugía, elementos imprescindibles para otorgar cuidados con calidad.

Previamente al ingreso del niño al quirófano, la enfermera responsable se presentará a los padres y dará a conocer las normas, horario de visitas y teléfonos de contacto. Asimismo se les informará de la monitorización, catéteres y drenajes que usará el niño en el posoperatorio. (Banille, 2006, p.215). El equipo de recuperación cardiovascular debe conocer, según Banille:

- Estado general del paciente previo a la intervención
- Tipo de cardiopatía y técnica quirúrgica empleada
- Indicación quirúrgica (electiva o de urgencia)
- Datos intraoperatorios: variables hemodinámicas, drogas anestésicas y vaso activas, modo de preparación, soluciones cardioplejicas, tiempos quirúrgicos

- Preparación de la Unidad de Recepción del Posoperatorio: Cama, monitores, ventiladores, sistemas de aspiración, bombas de infusión, fuentes de oxígeno

De lo anterior mencionado se puede deducir la importancia de la organización de las actividades de enfermería desde el momento en que el niño ingresa a sala de operaciones, actividades coordinadas en tiempo espacio y persona, los cuales serán reportadas al enfermero responsable del cuidado posoperatorio, con la finalidad de asegurar la atención continua y libre de riesgos e incidentes.

Recepción del paciente pos operado inmediato

Se necesitan tres enfermeras y un médico intensivista en el momento del arribo del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos. El trabajo de enfermería se realiza como lo muestra la tabla 1. Las funciones deben ser organizadas de la siguiente manera. (Banille, 2006, p.216):

- La recepción organizada no lleva más de 15 a 20 minutos.
- Las responsabilidades de cada profesional deben estar claramente designadas antes de ingresar el paciente. Esta división estará a cargo de la enfermera jefe o la enfermera responsable de turno.
- La enfermera 1 es la responsable final del paciente. Ella recibirá el apoyo de sus colegas y será la encargada de preparar los elementos de la recepción y probar la aparatología que se utilizará en el niño.
- Una vez conectado el paciente se obtienen muestras para laboratorio (gases arteriales y venosos, iono grama, calcio y magnesio iónico, glucemia, hematocrito y coagulograma).
- Se realizará radiografía de tórax y electrocardiograma de 12 derivaciones.

Tabla 1

Organización de enfermería para recibir al paciente pos operado inmediato, por Banille, 2006. Argentina. Editorial Recursos Fotográficos

ENFERMERA (RESPONSABLE)	1	La conexión y el funcionamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ PAM-PVC-Vías periféricas ▪ Temperatura axilar y rectal ▪ Monitoreo de los signos vitales cada 15 minutos al ingreso y cada hora luego de alcanzada la estabilidad ▪ Registro y rotulación de las infusiones de inotrópicos y sedación.
Se debe colocar a la derecha del paciente y tiene a cargo:		
ENFERMERA 2 (AYUDANTE)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ La conexión y el funcionamiento de: ▪ La Asistencia Respiratoria Mecánica y comprobar la expansión torácica, colocación del saturó metro y del capnógrafo ▪ Vigilar el monitor ▪ Ordeñar y vigilar el funcionamiento de los drenajes mediastínicos y pleurales
Se debe colocar a la izquierda del paciente y tiene a cargo:		
ENFERMERA 3 (AUXILIAR)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicación y apoyo ▪ Fijar los tubos y sondas e inmovilizar al niño
Debe realizar:		

Es importante conocer las actividades sistematizadas de la enfermera intensivista Cardiopediátrica, como se puede apreciar en la imagen es un trabajo coordinado en un tiempo determinado y con un equipo responsable conocedor de cada actividad. Recibiendo la información a través del reporte de la enfermera perfusionista y circulante de sala de operaciones se inicia la responsabilidad de la enfermera, que es el cuidado del paciente; de ella dependerá el éxito en la recuperación del paciente, pues una vez recibido la información ésta transmitirá a su compañera entrante de turno todos los cuidados brindados y los pendientes; con información clara, objetiva y precisa que permita que los cuidados no se fragmente, no se dupliquen y estén libres de eventos adversos que alteren o prolonguen la recuperación del paciente.

Registros en Enfermería

Para el manejo de la información referida a los pacientes o usuarios y la seguridad en la comunicación en los servicios sanitarios, se utilizan diversos documentos que reciben genéricamente el nombre de registros.

Un registro es un sistema estructurado de recogida y depósito de información relevante que genera un determinado usuario de un servicio de salud. En líneas generales, es un documento que permite que se produzca la comunicación de la información relacionada con el paciente y que ésta siga el proceso antes mencionado, es decir, la recogida de la información, su ordenamiento y su empleo y consulta cuantas veces sea preciso. (Mompart, 2009, p.243)

De modo genérico, Mompart (2009) clasifica a los registros en:

a) Registros Generales: fundamentalmente, la historia clínica y los informes que reciben los usuarios al finalizar el episodio de atención. (Mompart, 2009, p.243)

b) Registros Parciales: recogen información desde diferentes perspectivas profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), sobre distintos aspectos de la atención, como la de cuidados, la atención en sí o determinados medios específicos (p. ej.: informe de radiología) o, finalmente, con fines ético legales (p. ej.: el documento de consentimiento informado). (Mompart, 2009, p.243)

Condiciones de los Registros Enfermeros:

Los registros, al ser documentos que deben manejar varios profesionales relacionados con un determinado paciente, deben cumplir varias condiciones que aseguren su comprensibilidad y su permanencia. (Mompart, 2009, p.243). Este autor considera que los registros enfermeros deben cumplir con las siguientes condiciones lenguaje y diseño.

El lenguaje debe seguir unas normas claras en cuanto a denominación de las situaciones, de tal manera que cualquiera pueda comprender lo escrito. Por ello, se deben evitar los modismos no generalizados o las abreviaturas o siglas que no estén consagradas por el uso o por el lenguaje científico. El orden en las anotaciones también es relevante y, caso de no existir un diseño explícito, se debe seguir un orden de importancia decreciente en los datos que se recojan. (Mompart, 2009, p.243). En cuanto a las condiciones del diseño, debe ser

adaptable pensado para los diferentes usuarios del mismo, por lo que debe estar diseñado de forma que se adapte a todas las situaciones que se puedan plantear en el centro. (Mompart, 2009, p.243). Debe ser dinámico, debe recoger las situaciones cambiantes que se vayan produciendo, ya que se espera justamente que el usuario cambie su estado a través de la atención que se le presta. (Mompart, 2009, p.243)

Otra condición es la manejabilidad, debe asegurar que los datos se recojan de manera que se puedan registrar y consultar fácilmente, sin incrementar el tiempo de dedicación a esta labor. Además, también es preciso que los soportes utilizados (papel, carpetas, etc.) sean cómodos en su utilización y duraderos, para su uso continuado y frecuente. (Mompart, 2009, p.243). El diseño también debe cumplir la condición de la dimensión personal, el diseño debe procurar que deje bien patente tanto las circunstancias del usuario a quien se refiere el registro como la identificación de las personas que lo emplean y depositan datos escritos en él. (Mompart, 2009, p.243)

Otra condición es la confidencialidad, no sólo el diseño, sino las normas de uso de los registros han de tener en cuenta la necesidad de preservar los datos que se registren de forma confidencial, lo que atañe a la forma de registro, es decir, a su utilización y almacenamiento en condiciones de seguridad. (Mompart, 2009, p.244) y como última condición la posibilidad de informatización: como hemos señalado anteriormente, cualquier dato en una moderna institución debe poder ser utilizado de manera informatizada, tanto para su almacenamiento como para su traslado o para su empleo con otros fines; por ejemplo, en la investigación. (Mompart, 2009, p.244)

Informe de enfermería

Es un documento escrito que recoge, de forma resumida y estructurada, las incidencias de un determinado episodio de atención, que queda recogido en la historia clínica y se entrega al paciente o usuario para su información y seguimiento de las medidas oportunas, así como para continuar la atención, si

ello es preciso, en otro nivel (de primaria a especializada, o viceversa) (Mompart, 2009, p.246).

El informe, por tanto, tiene como principal finalidad mantener la continuidad de la asistencia en condiciones de seguridad, y además propone la estructura más frecuente de un informe y lo muestra a continuación:

- Identificación del paciente: debe coincidir exactamente con la de la historia.
- Identificación del problema atendido: es decir, el o los diagnósticos que se hayan comprobado o la situación de salud que presentara el paciente al inicio de la atención.
- Resumen de los datos más significativos: resultados de pruebas diagnósticas realizadas, hallazgos clínicos relevantes, etc.
- Resumen de actividades con el paciente: intervenciones diagnósticas y terapéuticas, tratamientos farmacológicos, etc.
- Diagnóstico definitivo y sugerencias de actuación: de acuerdo con el resto de la información recogida, fecha de revisión, régimen de vida a observar, etc.

Podemos evidenciar que la teoría afirma que los informes de enfermería, son expedientes escritos y verbales (rondas de enfermería o visitas de enfermería, reportes de enfermería) que engloban con exactitud los cuidados brindados al paciente.

Además tienen sustento legal para verificar que la asistencia de enfermería se ha ejecutado según las normas establecidas para el ejercicio profesional. Los Informes en Enfermería están direccionados a que las acciones ejecutadas no se vean fragmentadas y sean continuas en todas sus etapas desde el ingreso del paciente, su estancia hospitalaria y su alta.

Entonces podemos concluir que la información contenida en los registros clínicos de enfermería debe ser absoluta, concisa y total sobre el cuidado del paciente y transmitidos en orden lógico y sistemático, con contenido actualizados de los cuidados que evitan la omisión o duplicación de la información.

Evolución histórica de los registros en Enfermería

La documentación como fuente para construir la historia, ha permitido seguir recopilando antecedentes que conduzcan a identificar qué hacen los profesionales enfermeros, cómo lo hacen, para qué lo hacen y por qué son necesarios sus servicios. (Arratia *et al.*, 2005, p.569)

En el caso de Enfermería la tradición escrita, aparece en los primeros monasterios, en la etapa denominada pre-profesional, que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX, con la aparición de programas formativos que propiciaron el gran desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos (Arratia *et al.*, 2005, p.570). En los primeros monasterios, es dónde se empieza a regular la profesión, que inicialmente se centra en el cuidado de los propios monjes, abriéndose posteriormente a la sociedad. Sus reglas comienzan a establecer por escrito, los principios de la enfermería y fundamentan la ayuda al enfermo. “Los monjes contribuyeron a aumentar los conocimientos, eran eruditos, bibliotecarios y maestros, y abrieron escuelas para enseñar a leer y escribir”. (Arratia *et al.*, 2005, p.569)

En este punto cabe señalar la figura de Bernardino de Obregón, fundador de la Congregación de los Hermanos obregones (desaparecida en la actualidad). El hermano Bernardino otorgó especial valor a la cultura como forma de desarrollo social. Así, los enfermeros obregones se caracterizaron por recoger todas sus actividades en distintos libros, entre los que se encuentran manuales de cuidados y técnicas de enfermería, de apoyo psicológico y espiritual, normativas o Reglas para el funcionamiento de la Congregación, etc. (García, 2007, p.431)

De acuerdo con García Martínez en Cuidar el cuerpo y salvar las almas: La Práctica de la Enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros obregones, “las Constituciones y Regla de los obregones recogen explícitamente la obligatoriedad de saber leer, escribir y contar, aunque fuese «medianamente», para integrarse en la Congregación como enfermero, ya que el trabajo hospitalario y administrativo exigían de las habilidades de la lectura y de la escritura”. Este mismo autor reconoce que “el afán por dejar escrito todas y cada una de sus actividades, tareas, funciones y resoluciones, es una constante en la

Congregación". (García, 2007, p.425). Como precursores de los diferentes modelos enfermeros que proliferarían siglos más tarde, llama poderosamente la atención el empeño de estos enfermeros por ejecutar su actividad dentro de unos criterios comunes, reglados y estandarizados. Sus registros permitían llevar un control de los enfermos. (García, 2007, p.432). Apuntaban los datos personales, la dieta prescrita, el tratamiento pautado y, cualquier acontecimiento relacionado con su proceso. Asimismo, informaban al facultativo de todo lo necesario. (García, 2007, p.432).

Pasaban visita con él y escribían sus prescripciones para cumplirlas en el momento requerido. De idéntica forma sucedía con cualquier tema relacionado con la administración del hospital. Por ejemplo, en relación con la comida proporcionada a cada enfermo, los hermanos obregones se valían de apuntes tomados según la patología de cada paciente y de las sugerencias proporcionadas por los médicos. (García, 2007, p.433). A pesar del valor que entraña toda esta documentación, no es hasta dos siglos más tarde cuando, gracias a la figura de Florence Nightingale, podemos hablar más propiamente de Registros de Enfermería como tal. La que es considerada como la creadora de la Enfermería moderna llevó a cabo una completa y extensa recogida de datos. Gracias a observaciones y anotaciones que realizó durante la guerra de Crimea, pudo aportar resultados estadísticos para la puesta en marcha de su reforma enfermera. (Martínez, 2014, p.14)

Un siglo después de los aporte de Nightingale, la documentación se enriqueció notablemente a partir de publicaciones en revistas y libros, gracias a los valioso aportes de teóricos como Hildegart Peplau, Virginia Henderson y Vera Fray. (Arratia *et al.*, 2005, p. 571)

La tecnología y la ciencia en estos últimos años han evolucionado de manera veloz, nos encontramos ante una nueva era, que está suponiendo un cambio social, político y cultural. El cambio de sistema de información ha englobado la implantación de la Historia Clínica Electrónica, haciendo especial mención a la informatización de los registros que realiza enfermería, esto ha supuesto una normalización documental que ha incluido la metodología de

enfermería a través de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC. (Martínez, 2011, p.20)

Reporte de Enfermería

Es la transferencia de información del personal saliente al personal entrante, se podría afirmar que el informe es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluyendo la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente, así como la asignación de las responsabilidades y tareas de rutina. (Guevara, 2005, p.448)

Elementos del Reporte de Enfermería

El cambio de turno se caracteriza porque es un evento rutinario, diario que se lleva a cabo en la mañana, tarde y noche (Guevara *et al.*, 2015, p.404). También afirma que este proceso encierra a cinco elementos, el primero es la periodicidad y frecuencia porque es un evento rutinario, diario que se lleva a cabo en la mañana, tarde y noche. (Guevara *et al.*, 2015, p.405)

Como segundo elemento considera a la duración, con un promedio de tiempo determinado para su desarrollo de 15 a 20 minutos, que varía según el número de pacientes y su condición, este es uno de los retos más reafirmados en los profesionales de enfermería para mantenerse dentro del marco de tiempo asignado (Guevara *et al.*, 2015, p.404). Como tercer elemento considera al lugar que es donde se lleva a cabo el informe son las estaciones de enfermería, sala de conferencias, cabecera del paciente, o pasillo, la literatura coincide que el mejor lugar para realizar el informe es con el paciente y especialmente en el turno de la noche, pues es donde existe menos distractores ambientales. (Guevara *et al.*, 2015, p.405).

Considera como cuarto elemento a los participantes, el reporte de enfermería se llevará a cabo con Enfermera asistencial, Enfermera Jefe, coordinadora del servicio y personal técnico de enfermería (Guevara *et al.*, 2015, p.405). El quinto elemento es el tipo de información, en él, se comparte

información sobre aspectos físicos, psicosociales y espirituales de los pacientes, así como hechos, opiniones e impresiones médicas, para resolver problemas de cuidado, dar y recibir apoyo, construir relaciones y gestionar conflictos. (Guevara *et al.*, 2015, p.405). El informe debe ser lo suficientemente amplio como para abarcar el carácter holístico, y objetivo del cuidado a largo plazo del paciente, pero lo suficientemente específico para satisfacer metas a corto plazo y ofrecer las preferencias individuales para satisfacer las necesidades de los pacientes y no los de los profesionales de enfermería. (Guevara *et al.*, 2015, p.405)

Informes del Cambio de turno de enfermería

La comunicación ineficaz es la causa principal de los incidentes centinelas (es decir, los que provocan resultados adversos o la muerte). En consecuencia a todo hospital se le insta a que ponga en marcha un enfoque estandarizado de “comunicación de transferencia”, que se define como un proceso en el cual se comunica la información sobre el paciente, cliente de una forma homogénea que de oportunidad para plantear preguntas y responder a ellas (Kozier, 2013, p.267)

La comunicación de transferencia o informe de cambio de turno se entrega a todos los profesionales de enfermería del turno siguiente, su finalidad es proporcionar a los pacientes la continuidad al ofrecerles información crítica, así como promover la seguridad del paciente y las mejores prácticas (Kozier, 2013, p.267). El profesional de enfermería debe centrarse en las necesidades del paciente y no distraerse en información irrelevante. Los informes de cambio de turno pueden ser escritos u orales, ya sea un intercambio cara a cara o mediante registro.

El informe cara a cara permite al que escucha plantear preguntas durante el informe y puede realizarse en una sala especialmente reservada, en el puesto de enfermería o junto a la cama del paciente. Los informes se hacen a veces junto a la cama del paciente, y tanto los pacientes como los profesionales de enfermería participan en el intercambio de información. (Kozier, 2013, p.267)

Elementos claves para una comunicación de transferencia eficaz:

Kozier (2013, p.267) recomienda que la comunicación debe incluir lo siguiente

- Información actualizada
- Comunicación interactiva que permita preguntar entre el proveedor y el receptor de la información del paciente
- Método para verificar la información (por ejemplo repetición, técnicas de lectura con confirmación)
- Interrupciones mínimas
- Oportunidad para que el receptor de la información revise los datos relevantes del paciente.

Características de la información durante un informe de cambio de turno

La comunicación es una herramienta básica para el ser humano pues le permite vincularse con su entorno, y es inherente a la condición humana, ya que el ser humano precisa establecer y mantener relaciones interpersonales que le proporcionen gratificación así como recoger información que le permita identificar necesidades para conseguir el bienestar, ante ello se recomienda que la información debe incluir lo siguiente (Kozier , 2013, p. 268) :

- Seguir un orden particular.
- Proporcionar información identificadora de cada paciente
- Para los pacientes nuevos, proporcionar la razón de ingreso o el diagnóstico médico, la operación quirúrgica (fecha) las pruebas diagnósticas y los tratamientos recibidos en las últimas 24 horas.
- Incluir cambios significativos en el estado del paciente y la información presente en orden es decir: valoración, diagnóstico de enfermería, intervenciones, resultados y evaluación.
- Proporcionar información exacta.
- Comunicar la necesidad de los pacientes de un apoyo emocional especial.
- Incluir órdenes actuales prescritas por el médico y la enfermera.
- Establecer claramente prioridades de asistencia y la asistencia debida tras el inicio de turno.
- Sea conciso, no se extienda sobre datos generales o asistencia habitual.

- Incorporar un proceso de verificación que garantice que la información es recibida y comprendida.

Procedimiento en la entrega del Reporte de Enfermería en cuidados intensivos:

El reporte de enfermería es un proceso mediante el cual se realiza la entrega de turno de manera formal, de todos y cada uno de los pacientes que se encuentran en el servicio, realizando un informe minucioso de las patologías, procedimientos realizados y aquellos que se encuentren pendientes; por ello es indispensable tener en cuenta los siguientes pasos, que varían de acuerdo a cada institución.

A continuación se presentan los pasos para realizar el reporte de enfermería de acuerdo a la Guía de Recibo y entrega de turno, Hospital San Rafael de Facatativá (2007):

- Llegar al servicio a la hora indicada (De acuerdo a horarios establecidos por la Institución)
- Previo a la entrega de turno, el personal de enfermería debe realizar el lavado de manos.
- Tener disponible los registros de enfermería.
- El reporte se llevará a cabo en la cabecera de la unidad del paciente.
- Se inicia el reporte por la identificación del paciente, nombre, edad, diagnóstico y tratamiento, procedimientos realizados, procedimientos pendientes con su respectivo motivo, estado general del paciente, eventualidades presentadas durante el turno y los antecedentes que sean significativos en la evolución del paciente.
- La duración del reporte de enfermería es de 15 a 20 minutos, según complejidad de paciente.
- El reporte debe hacer uso de un lenguaje técnico y científico, referirse exclusivamente a entregar información relevante y predeterminada del paciente.
- Hacer las preguntas y aclaraciones del estado y evolución del paciente al término del reporte, sin interrumpir al emisor.

La calidad del reporte de enfermería

Varias son las definiciones que se pueden emplear acerca de la calidad en general y la de los servicios sanitarios en particular. En general se acepta que la calidad es una propiedad presente en algunos hechos, objetos o situaciones o en el conjunto de atributos que se observan en un hecho o circunstancia, que le definen de una determinada manera. (Mompart, 2009, p.415)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la calidad asistencial persigue “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. Recientemente, la OMS ha matizado su definición incluyendo ya aspectos económicos: “calidad es la medida en que la atención sanitaria proporcionada, en un marco económico determinado, permite alcanzar los resultados más favorables al equilibrar riesgos y beneficios”. (Mompart, 2009, p.417)

El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un importante elemento en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora una institución (Mompart, 2009, p.415). Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción. (Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008, p.8)

Se desprende de estas definiciones que las intervenciones de enfermería conducidas a través de guías, protocolos, manuales garantizan la calidad del cuidado; evidenciado en la satisfacción del usuario, equilibrando riesgos y beneficios. De ahí la trascendencia de desarrollar y aplicar la gestión que evalúe

la calidad del cuidado, involucrando al profesional de enfermería y a todo el equipo multidisciplinario a la mejora continua y sistemática de sus procesos a través de indicadores que permitan evaluar los resultados y corregir posibles errores.

Componentes de la Calidad Asistencial

Mompart (2009) identifica dos componentes de la calidad asistencial principales y adicionales, dentro de los componentes principales nombra: nivel científico-técnico, eficacia y eficiencia y adecuación; en los componentes adicionales se encuentran: accesibilidad, competencia, relaciones personales, seguridad, comodidad, satisfacción de usuarios y trabajadores (p.420). En el componente nivel científico y técnico contempla el empleo de conocimientos y tecnología éste es por tanto un parámetro que afecta a la calidad desde el punto de vista del trabajo del profesional (p.419). En el componente eficacia, se refiere a la percepción del usuario de los servicios de salud sobre el funcionamiento de los mismos. Se valora la dotación de recursos, la celeridad en la atención o la competencia de los profesionales.

En definitiva, se evalúan aquellos aspectos que el paciente considera que influyen en mayor o menor medida en la atención recibida. (Mompart, 2009, p.420). En el componente eficiencia: es una característica muy útil para los gestores, pues permite relacionar los resultados obtenidos con el presupuesto empleado, el fin perseguido es alcanzar el mayor beneficio al menor coste. (Mompart, 2009, p.418) y en el componente adecuación explica el grado de pertinencia entre los servicios ofertados y las necesidades que presenta la población a la que se destinan. En otras palabras, este componente estudia si la atención sanitaria prestada se corresponde realmente con lo que los usuarios precisan. (Mompart, 2009, p.419). En lo referente al componente adicional tenemos a la accesibilidad, se define como la posibilidad real de disponer del servicio sanitario que se precise. Se valoran diversos aspectos como la distancia desde el domicilio al punto donde tendrá lugar la atención, la posibilidad de asistencia en soportes móviles medicalizados, dificultades relacionadas con trámites y burocracia (Mompart, 2009, p.422). En cuanto a la competencia se

refiere a una correcta y adecuada praxis en todos los procedimientos realizados por los diferentes profesionales sanitarios es un pilar fundamental para prestar una asistencia de calidad. A este respecto, son de vital importancia los protocolos, pues permiten que todos los profesionales actúen de un modo homogéneo, obviando las particularidades individuales. (Mompart, 2009, p.422). En la competencia relaciones personales, se refiere la relación que se establece entre el profesional y el usuario. Un trato cortés, respetuoso y empático, en el marco de un entorno agradable e íntimo, será valorado por nuestro paciente de forma muy positiva y otorgará un plus de calidad a nuestra atención. (Mompart, 2009, p.422). En el componente seguridad, contempla una atención de calidad tiende a minimizar los posibles riesgos potenciales o reales. (Mompart, 2009, p.422). El componente comodidad se refiere a la atención sanitaria también se valora por las condiciones de confort que acompañan tanto a usuarios como a profesionales. (Mompart, 2009, p.423) y en el componente satisfacción, se refiere tanto a la satisfacción del cliente como del profesional. Ésta última va íntimamente ligada con la motivación en el ámbito laboral. Se apunta que un trabajador satisfecho en la labor desempeñada, obtendrá unos resultados de mayor calidad. (Mompart, 2009, p.423)

Valoración de la Calidad: estructura, proceso y resultados

Donabedian, en el año 1966, sentó las bases de la evaluación de la atención sanitaria según los tres puntos de vista bajo los que se sustenta. El análisis de los medios empleados constituye la evaluación de la calidad en función de la estructura. El estudio de los métodos utilizados para prestar la atención permite la valoración desde el enfoque del proceso que se sigue. Por último, el impacto producido en el estado de salud del sujeto representa los resultados de la acción acometida en el ámbito sanitario. (Mompart, 2009, p.425)

A continuación estudiaremos cada uno de ellos por separado y detallaremos los aspectos que poseen un mayor interés:

a) Análisis de la estructura: Se aprecia la calidad de los medios materiales de los que se dispone (espacios, material sanitario), de los sistemas de organización

(control económico, formación continuada de los profesionales, procedimientos de actuación) y de los recursos humanos (número de profesionales, cualificación, experiencia). (Mompart, 2009, p.425)

Este análisis nos permite valorar la calidad de la asistencia sanitaria de un modo indirecto, pues no informa realmente de cómo funciona un servicio, sino que plantea si se dispone o no de la dotación adecuada para poder ofrecer una asistencia de calidad. Es una valoración teórica, pues no implica obligatoriamente que una institución dotada de una estructura óptima ofrezca una atención sanitaria de más calidad que otra con más escasez de recursos. Para valorar la estructura de un centro sanitario, unos evaluadores externos comparan ésta con un estándar establecido. (Mompart, 2009, p.426)

b) Análisis del proceso: Este enfoque se basa en las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales y nos acerca más a la realidad que el de la estructura, pues nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica la institución que estamos valorando. (Mompart, 2009, p.426). Un grupo de inspectores evalúa la historia y registros de los pacientes, contrastándolos con los protocolos de la unidad.

De esta forma, se observa el grado de correlación entre ambos (Mompart, 2009, p.426). También se pueden evaluar directamente las acciones en el lugar de la práctica o realizar una entrevista personal con el profesional donde éste exponga sus actuaciones. Como se puede deducir, esta forma de evaluación resulta compleja. Para simplificar de alguna manera el método de análisis, podemos agrupar el estudio según el tipo de actividades realizadas o el tipo de pacientes al que van éstas dirigidas. (Mompart, 2009, p.427)

El análisis de calidad enfocado a los procesos presenta dos aspectos y consecuencias. Por un lado permite hacer una valoración de la calidad de la actuación de los profesionales, manteniendo un sistema permanente de control que garantice esta calidad y permita su mejora. (Mompart, 2009, p.428). Por otro lado respecto a los procedimientos utilizados es el más adecuado a la situación

que se emplea, como de su oportunidad, o lo que es lo mismo, si está realmente indicado en las situaciones en las que se utiliza o se lleva a cabo.

c) Análisis de los resultados: Este tipo de análisis se encarga de evaluar las consecuencias de la atención sanitaria. Vamos a estudiar el impacto que han tenido las diversas actividades, la situación en la que se haya el usuario de los sistemas de salud una vez que se han puesto en marcha dichos procedimientos, así como los costes generados. Los resultados del servicio sanitario se pueden evaluar cuantificando el aumento o disminución de los problemas de salud. (Mompart, 2009, p.428)

En los últimos tiempos ha tomado gran importancia la opinión de los usuarios para evaluar los resultados. (Mompart, 2009, p.429). El principal inconveniente de este sistema de análisis es la subjetividad del examinador, que puede sesgar el resultado por anteponer el componente emotivo al asistencial. No debemos olvidar que nuestros pacientes nos van a evaluar no sólo por nuestra competencia profesional, sino también por nuestro trato empático y cordial. Es frecuente la entrega de un cuestionario cerrado y anónimo a los usuarios para que evalúen distintos parámetros de la asistencia recibida. (Mompart, 2009, p.429)

Indicadores, Criterios y Estándares de calidad

El sistema de valoración de la calidad tiene su base en la comparación de la situación real que se produce en la estructura, el proceso o los resultados de una institución o de un grupo de profesionales, con una situación ideal que se presenta en el modelo de atención de calidad a alcanzar. (Mompart, 2009, p.429)

Un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería pueden ser de tres tipos: de estructura: normas, protocolos, registros. (Mompart, 2009, p.430); de proceso: tipos de pacientes atendidos, técnicas realizadas, cuidados específicos y de resultados: beneficios producidos la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en la situación de los pacientes. (Mompart, 2009, p.430)

Los criterios de calidad son aspectos cuantificables que influyen en un indicador de calidad (Mompart, 2009, p.431). Por ejemplo, si establecemos como indicador de calidad el ingreso del paciente, los criterios de calidad a valorar se podrían representar con las siguientes preguntas: ¿la enfermera revisa la historia clínica en el momento del ingreso? ¿La enfermera proporciona la información adecuada al paciente acerca de la unidad? ¿La enfermera realiza la valoración inicial del paciente de forma completa y adecuada? ¿La enfermera se presenta personalmente al paciente y familiares? ¿La enfermera cumplimenta la historia de enfermería? (Mompart, 2009, p.431). El estándar de calidad es el grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Dicho en otros términos, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso. (Mompart, 2009, p.430)

Bajo esta perspectiva enfermería posee instrumentos (kardex, notas de enfermería informes o registros verbales y escritos) que describen aspectos importantes del cuidado de la atención del paciente; los cuales deben estar inmersos en indicadores, y estándares que evalúen la gestión del actuar de enfermería permitiendo el logro de estándares de calidad acordes con la globalización. (Mompart, 2009, p.433)

Dimensiones de la calidad del Reporte de Enfermería

Donabedian, considerado como el más importante teórico de la calidad en salud, desarrolló una propuesta basada en conceptos del control de atributos, en la prestación de servicios de salud, y propone un modelo para evaluar la atención sanitaria brindada mediante 3 dimensiones: estructura, proceso y resultado; en ellas se incluyen aspectos organizacionales y tecnológicos, la aplicación de normas y protocolos, y las mediciones concretas y precisas de la eficacia en salud, respectivamente. (Yáñez *et al.*, 2016, p.101)

El análisis de la dimensión estructura, se refiere al modelo organizacional, recursos humanos, materiales físicos, tecnológicos y financieros como por ejemplo número de enfermeras, registros, protocolos, guías. (Mompart, 2009,

p.433). En el análisis de la dimensión se presenta dos aspectos y dos consecuencias, por un lado permite valorar la calidad de actuación de los profesionales manteniendo un sistema de control que garantice esta calidad y permita su mejora y por otro lado es útil para efectuar una valoración si el protocolo utilizado es correcto (Mompart, 2009, p.428). En el análisis de la dimensión resultado evalúa las consecuencias de la actividad realizada por la institución o por los profesionales y se pueden observar en el rendimiento de la actividad, en la opinión del paciente o usuario y en los costos producidos. (Mompart, 2009, p.428).

Factores asociados al reporte de enfermería

Factores: se denomina a toda fuerza o condición que cooperan con otras para producir una situación o comportamiento (Stephen, 2004, p.36). Es la influencia subyacente responsable de parte de la variabilidad de algunas manifestaciones conductuales, por consiguiente constituye una influencia sobre la conducta que es relativamente independiente de otras influencias y posee una naturaleza unitaria. (Stephen, 2004, p.37)

De acuerdo a lo mencionado podemos decir que existen diferentes factores que van a determinar la conducta de una persona, en este caso de los trabajadores de salud, también el modelo circundante social representa una parte vital de la relación de sus acciones y actitudes; así como también la orientación a sus motivaciones. Por lo tanto, el desempeño de una función, se ve favorecido o afectado por determinados factores, los cuales, según diversos autores, se pueden clasificar en:

- **Intrínsecos o Personales:** es decir aquellos referidos a los aspectos inherentes a las personas.
- **Extrínsecos:** o los que guardan relación con el entorno social, cultural, político, etc.
- **Familiares:** los que se relacionan con los factores que influyen en el individuo y que proviene de su grupo familiar.

- **Organizacionales o institucionales:** son aquellos que guardan relación con el proceso administrativo y de organización de una institución y que afecta el desempeño de los trabajadores.

Factores Personales: son características referidas a aspectos inherentes a las personas que afectan su conducta, que favorecen o desfavorecen una determinada acción, entre ellos podemos mencionar: edad, formación, género, estado civil, motivación y la antigüedad en la organización. (Stephen, 2004, p.37)

a) Edad: se refiere a las diferentes etapas en el ciclo de vida de una persona. Es importante saber en qué parte del ciclo de vida está una persona ya que sus capacidades y necesidades cambian con el transcurso del tiempo. La edad influye, y puede aumentar o disminuir, la capacidad de una persona en el desenvolvimiento laboral, en enfermería este factor se manifiesta en el personal de mayor edad como una añoranza del pasado o a mantener el estatus por considerar que la experiencia lograda es el máximo aprendizaje y se resisten a innovación que provocan el cambio.

Es necesario tener en consideración cualquier limitación del personal para otorgar la prestación, en este sentido la edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos; sin embargo no podemos afirmar categóricamente que por muy joven o mayor que sea el personal, no es el indicado para laborar en determinada área, es importante evaluarlo a la luz de otras consideraciones del entorno. (Normas de Gestion de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008, p.19)

b) Estado civil: No hay suficientes estudios para sacar conclusiones sobre el efecto del estado civil en la productividad. Pero los empleados casados faltan menos, pasan por menos rotación y están más satisfechos con su puesto que sus compañeros solteros (Stephen, 2004, p.39). El matrimonio impone mayor responsabilidades que aumentan el valor y la importancia de un empleo estable, bien puede ser que los empleados conscientes y satisfechos tengan más probabilidades de estar casados. Otra vertiente del tema es que no hay investigaciones sobre otros estados civiles aparte del matrimonio y la soltería. (Stephen 2004, p.40)

c) Formación: La garantía de la calidad del cuidado estará en función a la calificación y preparación del personal a cargo (adquisición de conocimientos y experiencia profesional), de manera que la gestora deberá desarrollar mecanismos de integración de equipos de trabajo homogéneos, que cuenten con personal idóneo para la atención de enfermería. (Normas de Gestion de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008, p. 22)

El proceso de cuidar es considerado como el pilar de las dimensiones del quehacer enfermero, proceso que se caracteriza por la observación, la planificación, la ejecución, y la evaluación entre pacientes y trabajadores de enfermería y entre el equipo de salud. Los enfermeros de las UCIS se caracterizan por poseer una fundamentación teórica (imprescindible) acorde a la tecnología y globalización con capacidad de discernimiento, iniciativa, habilidad de enseñanza, la madurez y la estabilidad emocional. Tener en cuenta que la atención de enfermería se basa en el cuidado integral y holístico al usuario, de allí que la organización de la prestación puede emplear diferentes métodos o combinarlos, siempre y cuando no se pierda el objetivo de la integralidad: Método de casos, Método funcional, Enfermería en equipo, Enfermería primaria. (Normas de Gestion de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008, p. 23)

d) Motivación: Existe la motivación intrínseca y la motivación extrínseca, sin embargo como mecanismos de incentivación, las organizaciones solo pueden promover mecanismos de incentivación extrínseca, pues la intrínseca depende del individuo, ya que desde fuera se puede estimular y propiciar. (Mompart, 2009, p.27)

- **Motivación extrínseca:** se basa en el binomio premio castigo. Las acciones inspiradas en este estilo de motivación no pretenden que la persona se convenza de la adecuación o no de lo que hace, sino sencillamente que haga o que no haga una determinada acción en base a las consecuencias que de ella se derivan. (Mompart , 2009, p. 27)
- **Motivación intrínseca:** se trata de conectar con aquellos motivos e intereses profundos de la persona para que sean éstos quienes le induzcan

a cambiar su comportamiento, adoptar otro distinto, hacer o dejar de hacer una determinada actividad con una determinada intensidad (Mompart , 2009, p. 26). Cuando se interioriza un determinado comportamiento personal o profesional es mucho más duradero en el tiempo, pues se realiza de forma espontánea y natural. Además produce un alto grado de satisfacción y autoestima, pues se sabe el porqué de una determinada manera de hacer o de ser. (Mompart , 2009, p. 27)

Aumento de la Motivación profesional: El trabajo vivido o percibido desde esta dimensión de realización humana deja de ser una carga para ser un ámbito de desarrollo: además de querer trabajar bien por el mero sentido de la responsabilidad, se pretende trabajar bien por la satisfacción que ello produce. El concepto de “trabajar bien” significa mucho más que obtener unos objetivos, es trabajar en la mejora continua, pensando cómo y que cambiar para llegar cada día un poco más allá. (Mompart , 2009, p. 27)

Recompensas de la Empresa:

- **Retribución:** Bonos
- **Formación especial:** Oportunidades formativas muy atractivas, posibilidad de realizar master o cursos de muy alto nivel y coste; ser elegido para tutorar a un profesional en formación.
- **Investigación:** La investigación reporta difusión científica, prestigio, etc. Por tanto es un ámbito muy interesante no sólo como una responsabilidad para quienes se dedican de una forma más específica a ello sino como mecanismo de incentivación para colaboradores.
- **Reconocimientos:** Difusión de éxitos personales o colectivos mediante el empleo de mecanismos establecidos en la organización

La motivación y las satisfacciones sólo pueden surgir de fuentes internas y de las oportunidades que proporcione el trabajo para la realización personal trabajo mismo, las realizaciones que admiten sentir orgullo y reconocimiento, las responsabilidades, etc. De acuerdo con esta teoría, un trabajador que considera su trabajo como carente de sentido puede reaccionar con apatía, aunque se tenga

cuidado con los factores ambientales. Firmemente, los administradores tienen la responsabilidad especial para crear un clima motivador y hacer todo el esfuerzo a fin de enriquecer el trabajo de los empleados.

Por lo que es necesario desde el momento en que el contexto es adecuado, poner énfasis en el contenido de las tareas y por tanto en los factores de motivación.

Un empleado motivado es aquel que realmente quiere realizar su trabajo de la mejor manera posible y que lo demuestra por sus esfuerzos colaboración, puntualidad, dedicación, etc.

e) Experiencia en el Área de Trabajo: Es el tiempo pasado en un trabajo, podemos decir que en las evidencias más recientes se demuestra una relación positiva entre experiencia y productividad laboral y es un buen pronosticador de la productividad del empleado (Stephen, 2004, p.40). Es por este motivo que el disponer de medidas estandarizadas de habilidades cognitivas permite verificar de una mejor forma la relación existente entre el nivel educativo, la experiencia laboral y el capital humano. (Jimeno *et al.*, 2013, p. 90-91)

Se puede considerar por lo tanto que una profesión es un conjunto de actividades habituales de una persona que adquiere con formación académica, y cuando pone en ejercicio va adquiriendo habilidades y experiencias. Las experiencias laborales incluyen cargos, puestos y tareas, y están influidas por los valores, necesidades y sentimientos de los trabajadores.

De igual forma, es importante mencionar que existe una serie de habilidades o competencias que las personas deben tener o desplegar para que su desarrollo profesional al momento de realizar sus actividades sea lo más destacado posible; por ejemplo, que las habilidades de comunicación le permitan relacionarse con los demás y que posean las habilidades para adaptarse a las diversas situaciones que surgen diariamente. (Madero, 2010, p.113). La antigüedad en el empleo es una medida de rotación laboral o movilidad en el

empleo ya que los cambios de trabajo de una persona pueden estar asociados a cuestiones tanto voluntarias (separaciones producto de renunciaciones, retiro del mercado laboral, etc.), como involuntarias (entre las que se destaca principalmente el despido).

Entonces, existiría un punto a partir del cual los aumentos en la antigüedad en el empleo no se traducirían en mayor productividad. Por lo tanto, ambos extremos, ya sea tanto la existencia de mucha como poca antigüedad en el empleo tendrían efectos negativos en la productividad laboral.

El Banco Interamericano de Desarrollo (2016), explica que para entender la magnitud de la movilidad laboral es importante por sus potenciales implicaciones en la productividad y en la satisfacción del trabajador con su puesto de trabajo. Así mismo, muchos factores pueden afectar la antigüedad en el empleo de los trabajadores, entre ellos se suelen resaltar el ciclo económico, la estructura socio-demográfica de la población, las características del puesto de trabajo y otros factores institucionales o culturales (p.3)

1.2 Justificación

Teórica: tiene valor teórico por su base científica, además es producto de un proceso sistemático de contrastación entre un modelo teórico y datos empíricos (variables) y para la obtención del nuevo conocimiento se basó en la aplicación de un método de investigación, donde se analizan las variables del estudio para conocer el comportamiento de éstas y la relación que existe entre ellas, después de un proceso sistemático, comprueba su hipótesis planteada y llega a una conclusión, donde además sugiere y recomienda futuros estudios.

Contribuye de esta manera a la definición de nuevos conceptos sustentada en la revisión sistemática del marco teórico.

Además sirve de evidencia científica y contribuya como fuente de motivación para el profesional de enfermería, en quienes se generará interés y

motivación para continuar realizando investigaciones sobre el reporte de enfermería, con el fin de establecer el cumplimiento del mismo de carácter obligatorio en instituciones públicas y/o privadas de los diferentes servicios que conforman los mismos, por ser un proceso que garantiza la continuidad de los cuidados al paciente, la seguridad del mismo y eleva los niveles de procesos de gestión de enfermería.

Social: Los resultados de la investigación beneficiaran a la institución y a los usuarios del servicio de Cardiopediatría. La institución mejorará la gestión de calidad a través de los procesos de atención al paciente y éste recibirá atención de enfermería continua y de calidad.

Además permitirá brindar recomendaciones que contribuyan a dar sostenibilidad a la atención de enfermería donde el beneficiado es el paciente.

Metodológica: Permitirá el uso de estos datos como punto de partida para nuevas investigaciones que aperturen el campo de investigación en el área de Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería.

1.3 Problema

La unidad de cuidados intensivos post operatorios del servicio de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón (INCOR), atiende a una población infantil con patologías cardíacas muy complejas, definidas como alteraciones estructurales del corazón o de los grandes vasos. Estas patologías son resueltas por intervencionismo hemodinámico y correcciones quirúrgicas (cirugía). Las correcciones quirúrgicas de estas cardiopatías inician su cuidado en el posoperatorio, en la Unidad de Cuidados Intensivos donde el personal de enfermería experiencia y trabajo en equipo. La responsabilidad recae en el personal de enfermería, ella es el primer eslabón de éxito de esta cirugía cuando a través del reporte de enfermería recibe el informe del acto operatorio (Tipo y técnica de Cirugía, Duración, dispositivos invasivos, soporte inotrópico e intercurencias) que le permitirá organizar sistemáticamente los cuidados de enfermería que garanticen la seguridad del paciente y el éxito de su recuperación, tarea que transmitirá a través del reporte de enfermería al finalizar su turno.

El reporte de enfermería es la transferencia de información del personal saliente al personal entrante, es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluye la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente (Guevara *et al.*, 2015, p. 403). El reporte de enfermería debe ser lo suficientemente amplio como para abarcar el carácter holístico del cuidado del paciente, y objetivo para satisfacer metas a corto y largo plazo de las actividades de enfermería en el cuidado del paciente, y a su vez suficientemente específico para garantizar la continuidad del cuidado y evitar o disminuir los riesgos e incidentes; garantizando de ésta manera el éxito en la Gestión de Enfermería.

Ante ello el Código de Ética y Deontología expresa en el D.L. 22315, en el capítulo III: La enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 27, señala que: La enfermera (o) debe ser objetiva y veraz en sus informes, declaraciones, testimonios verbales o escritos relacionados con su desempeño profesional. (Colegio Enfermeros del Perú, 1980, p.9). Entonces la transferencia de información debe producirse de forma sistematizada y estructurada, basada en un formato adecuado al contexto en el que se desarrolla la atención de enfermería.

Esta información transferida debe ser precisa y pertinente, obviando detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante; ésta situación se convierte en un reto para el profesional de enfermería que busca la mejora continua a través de brindar cuidados con calidad.

Sin embargo, existen factores que afectan el reporte de enfermería, Guevara (2015) cita a Reisenberg quien identificó en este proceso: barreras de comunicación, problemas en la estandarización o políticas que aseguren el proceso, dificultades en los equipos tecnológicos, factores del entorno, disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el número de pacientes, entrenamiento y educación del personal y los factores humanos (Guevara *et al.*, 2015, p.405)

Estos factores pueden afectar al reporte de enfermería en cuanto a su estructura, proceso y resultado; y por ende a su razón de ser que son los cuidados, pues para asegurar la calidad de la atención y la continuidad del cuidado debe existir una armonía entre las personas (enfermeros), el entorno

(unidades) y la información; si uno de estos ejes se afecta por diversos factores se da lugar a retrasos en la prestación de un servicio, diagnóstico o tratamiento, errores en la medicación, extravío de resultados o la duplicidad de los mismos; situaciones que puede llevar a la presencia de eventos adversos, prolongar la estancia hospitalaria, incrementos en los gastos y quejas e insatisfacción del usuario.

La transmisión ordenada, sistematizada, objetiva, y exacta del reporte de enfermería permitiría planificar e implementar estrategias de cuidado, y la evaluación de los resultados observados día a día, convirtiéndose este proceso en clave trascendental que asegure la calidad de atención del cuidado de enfermería de forma eficaz y eficiente.

Problema General

¿Cuáles de las variables del factor personal están asociados a la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específicos 1

¿Cuál es la relación entre la edad y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específicos 2

¿Cuál es la relación entre el estado civil y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específicos 3

¿Cuál es la relación entre los años de experiencia laboral y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específico 4

¿Cuál es la relación entre los años de experiencia profesional y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específico 5

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de reporte de enfermería y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

Problema Específico 6

¿Cuál es la relación entre la motivación y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016?

1.4 Hipótesis

Según Hernández *et al.*, (2010). Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno estudiado. (p.92)

Hipótesis General

Existe relación con al menos uno de las variables del factor personal con la calidad de reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 1

Existe relación entre la edad y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 2

Existe relación entre el estado civil y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 3

Existe relación entre los años de experiencia laboral y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 4

Existe relación entre los años de experiencia profesional y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 5

Existe relación entre el conocimiento de reporte de enfermería y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Hipótesis específica 6

Existe relación entre la motivación y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

1.6 Objetivos

Según Hernández et al. (2010). El objetivo de una investigación señala lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio. (p.37)

Objetivo General

Determinar las variables del factor personal que están asociados a la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 1

Describir la relación entre la edad y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 2

Describir la relación entre el estado civil y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 3

Describir la relación entre los años de experiencia laboral y la calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 4

Describir la relación entre los años de experiencia profesional y calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 5

Describir la relación entre el conocimiento de reporte de enfermería y calidad del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

Objetivo Específico 6

Describir la relación entre la motivación y calidad del reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón Essalud, Lima 2016.

II. Marco Metodológico

2.1 Variables

Variable independiente: Edad, estado civil, formación, experiencia laboral, experiencia profesional, conocimiento y motivación.

Variable dependiente: Calidad del reporte de enfermería.

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 2

Matriz de operacionalización de las variables del Factor Personal

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Edad		P1	Cuantitativa Continua	
Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado	P3	Cualitativa nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente
Formación	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	P4	Cualitativa nominal	Licenciado especialista Magister Doctor(a)
Experiencia laboral		P5	Cualitativa nominal	Años Meses
Experiencia profesional		P5	Cualitativa nominal	Años Meses
Conocimiento	Estructura reporte de enfermería Proceso del reporte de enfermería Resultado	P1,p2,p3,...p1 5	Cualitativa ordinal	Bajo=0 - 61 Medio=7-10 Alto=11 - 15
Motivación	Clima laboral Relaciones laborales Reconocimiento Adecuación a las condiciones del trabajo	P1, p2, p3,... P10	Cualitativa nominal	Bajo=10 - 22 Medio=28-27 Alto=28 - 50

Tabla 3

Matriz de operacionalización de la variable Calidad de Reporte de Enfermería

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles
Estructura	Guías Protocolos	P1,p2,p3,p 4	Cualitativa nominal	No cumplimiento:≤ 65% Cumplimiento bajo :66-79% Cumplimiento medio: 80-89% Cumplimiento alto:90-100%
Proceso	Comunicación Exacto Integridad Actual	P1,p2,p3,p 4,p5,p6,7p 8,p9,p10	Cualitativa nominal	No cumplimiento:≤ 65% Cumplimiento bajo :66-79% Cumplimiento medio : 80-9% Cumplimiento alto:90-100%
Resultado	Riesgos Incidentes	P11,p12,p 13.....p19 P20,p21	Cualitativa nominal	No cumplimiento:≤ 65% Cumplimiento bajo :66-79% Cumplimiento medio : 80-9% Cumplimiento alto:90-100%

2.3 Metodología

Método hipotético deductivo. Es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica, donde combina la formación de hipótesis y la deducción con la observación y la verificación.

Hernández *et al.* (2010), afirma que las hipótesis son el centro del enfoque cuantitativo-deductivo y deben referirse a una situación, un contexto, un ambiente o un evento empírico. Las variables contenidas deben ser precisas, concretas, y poder observarse en la realidad; la relación entre las variables debe ser clara, verosímil y medible. (pp.113-112)

2.4 Tipo de Estudio

El enfoque cuantitativo, Sampieri afirma que este enfoque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández *et al.*, 2010, p.4)

De tipo descriptivo, Sampieri afirma que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Hernández *et al.*, 2010, p.80)

De alcance correlacional, Sampieri afirma que asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. (Hernández *et al.*, 2010, p.81)

2.5 Diseño

No experimental, Sampieri afirma que estos estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. (Hernández *et al.*, 2010, p.149)

De tipo transeccional o transversal, Sampieri afirma que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (Hernández *et al.*, 2010, p.151)

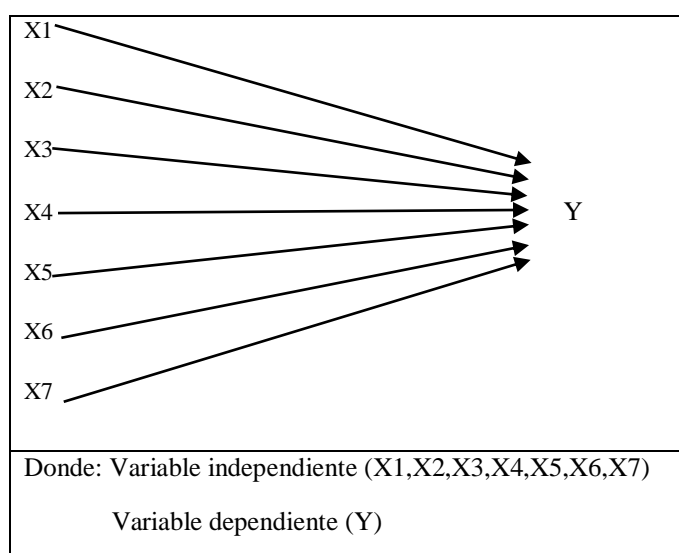


Figura 1: Diseño no experimental de corte transversal de tipo correlacional-causal.

Adaptado de “Esquema de experimentos y variables “, de Metodología de la investigación por Hernández *et al.* (2010). México, D.F., Editorial el McGraw-Hill.

2.6 Población, muestra y muestreo

La población considerada para el estudio está conformada por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria que hacen un total 50 personas. Y al tener una población de estudio reducida no fue necesario seleccionar una muestra, se trabajará con el 100% de la población; y además se cuenta con tiempo y los recursos económicos. Donde los Criterios de selección fueron:

- Inclusión: Enfermeras con más de dos año de labor asistencial.
- Exclusión: Enfermeras de reciente ingreso, Enfermeras de licencia y vacaciones, Enfermeras que asumen la jefatura y coordinación en los servicios.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas empleadas son: la encuesta para la variable factores personales y la observación para la variable calidad de reporte de enfermería. En la investigación disponemos de diversos tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en algunos casos llegan a combinarse varias técnicas de recolección de los datos. (Hernández *et al.* 2010, p. 217)

Los instrumentos utilizados son: cuestionario auto dirigido y guía de observación. Hernández afirma que tal vez el cuestionario sea el instrumento más utilizado para recolectar los datos, consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. La observación es un método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías (Hernández *et al.* 2010, pp.217-261)

El Cuestionario es estructurado, conformado por tres partes (Ver anexo 3), la primera contiene datos sociodemográficos con preguntas cerradas, la segunda contiene datos sobre conocimiento dirigido a medir el conocimiento de las enfermeras sobre la calidad del reporte de enfermería para lo cual se diseñó 15 ítems con respuestas politómicas, el tiempo de administración es de 3 a 5 minutos, los rangos y niveles del instrumento se determinaron mediante el método de Dalenius, que consiste en la formación de estratos de manera que la varianza obtenida sea mínima para cada estrato, los resultados se presentan en el apéndice 5. Y la tercera parte mide la motivación del personal de enfermería en el medio hospitalario para lo cual se diseñó un instrumento que consta de 10 ítems, valorados cada uno mediante una escala de Likert 1-5, en el sentido de menor a mayor grado de satisfacción, el tiempo de aplicación es de 3 minutos, los rangos y niveles del instrumento se determinaron mediante el método de Dalenius, que

consiste en la formación de estratos de manera que la varianza obtenida sea mínima para cada estrato, los resultados se presentan en el anexo 6. Su validez de contenido se realizó por juicio de expertos, que se detalla en la siguiente tabla 3.

Tabla 4

Validez de contenido del cuestionario conocimiento y motivación de reporte de enfermería.

Apellidos y Nombres	Especialidad	Aprobado/Des aprobado
Molina Quiñonez Helfer	Dr. En Administración de la Educación	A
Montalvo Luna Mery	Mg. En Docencia Universitaria	A
Cañari De la Cruz Ruth	Mg. En Docencia Universitaria	A
Manturano Velásquez Gladys	Mg. En Docencia Universitaria	D
Gonzales Cárdenas Elizabeth	Lic. Esp. Cardiopediatría	A
Total		80%

La Guía de Observación, se tomó del autor Yáñez-Corral (2014) quien diseñó un instrumento titulado “Evaluación de la calidad del proceso de enlace de turno de enfermería”, compuesta por 4 apartados: el primero consigna datos sociodemográficos, el segundo consigna la estructura (aspectos organizativos) con 4 ítems, el tercer apartado consigna el proceso (entrega de recepción de paciente)) con un total de 21 ítems, y finalmente un espacio para observaciones. Procede de la ciudad de México, su administración es una observación individual indirecta, el tiempo de aplicación es entre 5 a 20 minutos. Se aplicación a licenciados de enfermería de la unidad de posoperatoria de Cardiopediatría. Fue validado por Yáñez-Corral, tuvo un resultado satisfactorio en validez de contenido, respecto a la concordancia entre observadores obtuvo $k = 0.92$, y una consistencia interna de $r = 0.93$. La escala y puntuación lo determinaron de la siguiente manera: 0 no cumple con el ítem, 1 si cumple con el ítem y 2 no aplica. En cuanto al rango / nivel: nivel de cumplimiento alto=90-100%, medio 80-89%,

bajo 66-79% y no cumplimiento $\leq 65\%$. Valora el cumplimiento del enlace de turno de enfermería. Tiene tres subdimensiones: seguridad del paciente, intervenciones de enfermería y procedimientos programados al paciente ver anexo 4. Su validez de contenido se realizó por juicio de expertos, que se detalla en la tabla 4.

Tabla 5

Validez de contenido de la guía de observación de reporte de enfermería.

Apellidos y Nombres	Especialidad	Aprobado/Desaprobado
Molina Quiñonez Helfer	Dr. En Administración de la Educación	A
Montalvo Luna Mery	Mg. En Docencia Universitaria	A
Cañari De la Cruz Ruth	Mg. . En Docencia Universitaria	A
Manturano Velásquez Gladys	Mg. . En Docencia Universitaria	D
Gonzales Cárdenas Elizabeth	Lic. Esp. Cardiopediatría	A
Total		80%

La confiabilidad del Cuestionario de conocimiento de reporte de enfermería se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto aplicado a 15 enfermeras del servicio de UCI Cardiológica, los resultados fueron sometidos a formula estadística alfa de Crombach; obteniéndose como resultado que $\alpha = 0.71$, este valor indica que el instrumento tiene una alta confiabilidad quedando listo para su aplicación, ver anexo 7.

La confiabilidad del cuestionario de motivación obtuvo como resultado $\alpha = 0,72$ valor que indica un alta confiabilidad ver anexo 8.

La confiabilidad de la Guía de observación se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto aplicado a 15 enfermeras del servicio de Hemodinámica Intervencionista y Emergencia, los resultados fueron sometidos a formula estadística alfa de Crombach; obteniéndose como resultado que $\alpha = 0,82$, este valor indica que el instrumento tiene una confiabilidad muy alta, de esta manera los tres instrumentos son confiables y válidos para su aplicación, ver anexo 9.

Para la recolección de datos, se coordinó con la institución, específicamente con la Unidad de Capacitación e Investigación del Instituto Nacional del Corazón Es salud, a fin de brindar las facilidades necesarias para el manejo de los datos y el consentimiento para su realización. También se realizó las coordinaciones con el departamento de Enfermería y con la jefatura del servicio de Cardiopediatría a fin de dar a conocer la investigación en cuanto a su contenido, aplicación y resultados.

La investigación se dio a conocer al personal de enfermería en una reunión de servicio solicitándoles su participación, se detalló la recolección de datos mediante la aplicación de dos instrumentos, cuestionario dirigido y guía de observación.

El primer instrumento será aplicado por la investigadora, en el segundo instrumento se eligió como colaboradora a la enfermera coordinadora por los siguientes motivos: evitar sesgos en la investigación, y recabar datos sin crear suspicacias de la población en estudio.

La recolección de datos se realizó en los meses de Agosto y Setiembre del 2016, ejecutada en la unidad de cuidados intensivos post operatorios, en los turnos diurnos y nocturnos.

2.8 Método de Análisis de datos

Se realiza mediante el análisis estadístico descriptivo e inferencial, los cálculos de la estadística descriptiva e inferencial se llevaran a cabo con el software estadístico SPS versión prueba con un nivel de significancia del 5%.

El análisis descriptivo para variables cualitativas, se presentará tablas de frecuencias, gráficos de barras, para variables cuantitativas se calculó la medida de tendencia central y de dispersión tal como: la media aritmética y desviación estándar respectivamente.

El análisis inferencial para las variables cuantitativas, se constató la normalidad y la homogeneidad, donde las variables cumplen con la normalidad lo que condujo a la aplicación de las pruebas estadísticas paramétricas.

Se presentan los datos en tablas de frecuencia univariadas y bivariadas con sus respectivos gráficos e interpretación.

2.9 Aspectos éticas

La investigación se ciñe con los principios establecidos en declaración de Helsinki, y cumple con los criterios que son referidos en el reglamento de ensayos clínicos del Perú (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA, y se contempla algunos ítems del artículo 66º: Requisitos para la Autorización del Ensayo Clínico, como:

- Aprobación de la(s) Institución(es) de Investigación donde se realizará el ensayo clínico que no exime las responsabilidades establecidas por ley.
- Declaración jurada según anexo 12, firmada por el patrocinador e investigador principal, que establece que no hay conflicto de interés financiero en la ejecución del ensayo clínico.
- Solicitud de autorización del ensayo clínico acompañada del registro de inscripción como centro autorizado para realizar ensayos clínicos.

III. Resultados

Tabla 6

Estadística descriptiva de la edad, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016

Estadísticos descriptivos					
	N°	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (Años)	45	31	59	41,09	5,854

En la tabla 6 se presenta la estadística descriptiva de las edades de las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud. De las 45 personas estudiadas se obtuvo: que el mínimo de edad es de 31 años y el máximo de 59 años; lo que significa que la mayoría de las enfermeras se encuentran en la etapa de la adultez madura.

Tabla 7

Estadística descriptiva del sexo, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016

Estadísticos descriptivos				
SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	3	6,7	6,7	6,7
Mujer	42	93,3	93,3	100,0
Total	45	100,0	100,0	

En la tabla 7 se presenta la estadística descriptiva del sexo de las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud. De las 45 enfermeras estudiadas

se obtuvo que el 93.3% (42) son de género femenino y el 6.7% (3) son de género masculino. Predominando el género femenino de las enfermeras que laboran en este servicio.

Tabla 8

Tabla de frecuencia de enfermeras según estado civil - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	19	42,2
Casado	23	51,1
Conviviente	3	6,7
Total	45	100,0

En la tabla 8 se presenta la frecuencia de enfermeras según estado civil en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde podemos apreciar que existe tres tipos de estado civil, prepondera en la mayoría de las enfermeras el estado civil casado y representan el 51.1% y en un porcentaje mínimo de enfermeras se encuentra el estado civil conviviente que representa el 6.7% de un total de 45 enfermeras estudiadas.

Tabla 9

Tabla de frecuencia de enfermeras según tipo de contrato - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

Tipo de Contrato	Frecuencia	Porcentaje
276	5	11,1
728	33	73,3
1057	7	15,6
Total	45	100,0

En la tabla 9 se presenta la frecuencia de enfermeras según tipo de contrato en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde se aprecia tres tipos de contratos; el 73.3% de las enfermeras pertenecen a un contrato denominado 728 (contrato de trabajo a plazo indeterminado), el 15.6% de las enfermeras pertenecen al contrato denominado 1057(contrato administrativo de servicios) y el 11.1% pertenecen al contrato denominado 276 (contrato de bases de carrera administrativa).

Tabla 10

Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de instrucción - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016

Nivel de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Especialidad	21	46,7
Maestría	24	53,3
Total	45	100,0

En la tabla 10 se presenta la frecuencia de enfermeras según nivel de instrucción en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde se aprecia dos niveles de instrucción de grado superior; podemos observar que el 53.3% (24) de las enfermeras cuentan con un nivel de instrucción Maestría, el 46.7% (21) de las enfermeras cuentan con un nivel de instrucción de Especialidad.

Tabla 11

Estadística descriptiva del tiempo de experiencia profesional y laboral, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016

				Desviación
Experiencia profesional y laboral	N	Mínimo	Máximo	estándar
Tiempo de experiencia en el Servicio (Años)	45	3	20	4,490
Experiencia Profesional (Años)	45	3	32	6,328

En la tabla 11 se presenta la estadística descriptiva del tiempo de experiencia profesional y laboral de las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde podemos apreciar que las enfermeras tienen en promedio 3 años de tiempo de experiencia en el servicio como mínimo y 20 años de experiencia en el servicio como máximo.

En lo referente a la experiencia profesional se puede apreciar un mínimo de 3 años de ejercicio profesional y un máximo de 32 años de ejercicio profesional.

Tabla 12

Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento de reporte de enfermería - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	11,1
Medio	37	82,2
Alto	3	6,7
Total	45	100,0

En la tabla 12 se presenta la frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento de reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde se aprecia tres niveles de conocimiento; alto, medio y bajo; predomina el nivel de conocimiento medio con un 82.2% (32) en las enfermeras y en menor porcentaje 11.1% (5) y 6,7% (3) el nivel de conocimiento alto y bajo respectivamente.

Tabla 13

Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de motivación de reporte de enfermería Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

Nivel de motivación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	28,9
Medio	18	40,0
Alto	14	31,1
Total	45	100,0

En la tabla 13 se presenta la frecuencia de enfermeras según nivel de motivación de reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde se aprecia tres niveles de motivación; alto, medio y bajo; sobresaliendo el nivel de motivación medio en las enfermeras con un 40% (18), y en menor porcentaje el nivel motivación bajo en las enfermeras con 28.9% (13).

Tabla 14

Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de cumplimiento del reporte de enfermería-Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016

Nivel de cumplimiento de reporte de enfermería	No cumplimiento		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de cumplimiento en el reporte de enfermería	17	37.8%	10	22,2%	8	17,8%	10	22,2%
Nivel de cumplimiento en seguridad	22	48,9%	8	17,8%	3	6,7%	12	26,7%
Nivel de cumplimiento en intervenciones	2	4,4%	27	60,0%	4	8,9%	12	26,7%
Nivel de cumplimiento en procedimientos	18	40,0%	0	0,0%	0	0,0%	27	60,0%

En la tabla 14 se presenta la frecuencia de enfermeras según nivel de cumplimiento de reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón de Essalud.

Donde se aprecia cuatro niveles de cumplimiento; el 37.8% se encuentran dentro de la categoría de no cumplimiento, el 22.2% se encuentra dentro del cumplimiento bajo y alto, y solo el 17.8% cuentan con un cumplimiento medio. También se aprecia que en cuanto a la subdimensión seguridad el nivel de

reporte de enfermería es de no cumplimiento con un 48,9% .Referente a la subdimensión intervenciones el nivel de cumplimiento de reporte de enfermería es bajo con 60% y en la subdimensión procedimientos sobresale el nivel de cumplimiento alto de reporte de enfermería con un 60%.

Análisis inferencial, se presenta el análisis bivariado. Antes de realizar las pruebas estadísticas, las variables cuantitativas pasaron por la prueba de normalidad que a continuación se describe.

Hipótesis nula: Las variables numéricas de los factores personales siguen una distribución normal

Hipótesis alterna: Las variables numéricas de los factores personales no siguen una distribución normal

Tabla 15

Prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov – Smirnov

	Estadístico de prueba Z	P - valor
Edad	,129	,057 ^c
Años de experiencia laboral	,222	,000 ^c
Año de experiencia profesional	,183	,001 ^c
Puntaje de calidad de reporte de enfermería	,103	,200 ^{c,d}
Puntaje de conocimiento de reporte de enfermería	,170	,002 ^c
Puntaje de motivación de reporte de enfermería	,103	,200 ^{c,d}

En la tabla 15 se presenta la prueba de normalidad de las variables numéricas del factor personal. Se puede observar en la tabla que los valores de probabilidad son menores al nivel de significancia ($p < 0.05$) para las variables año de experiencia laboral, año de experiencia profesional y puntaje de conocimiento de reporte de enfermería, por lo que se rechaza la hipótesis nula, es decir a un nivel de significancia de 5%, las variables antes descritos no siguen una distribución normal, en consecuencia el análisis inferencial se realizó usando la estadística no paramétrica como el coeficiente de rangos de Sperman.

También en esta misma tabla se puede apreciar que los valores de probabilidad son mayores o iguales al nivel de significancia ($p \geq 0.05$) para las variables edad, puntaje de calidad de reporte de enfermería, y puntaje de motivación de reporte de enfermería, por lo que no se rechaza la hipótesis nula, es decir a un nivel de significancia de 5%, las variables antes descritos siguen una distribución normal, en consecuencia el análisis inferencial se realizó usando la estadística paramétrica como el coeficiente de correlación de Pearson.

Análisis bivariado, a continuación se presentan los resultados del análisis bivariado cuando la variable dependiente (puntaje de calidad de reporte de enfermería) es numérica y las variables independientes son también numéricas.

Hipótesis específica 1:

Ho: No existe correlación entre edad y calidad de reporte de enfermería

H1: Existe correlación entre edad y calidad de reporte de enfermería

Tabla 16

Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal (Edad)

	ρ de Pearson	Sig. Bilateral “p”
Edad	0.166	0.276
Motivación de reporte de enfermería	0.061	0.691

En la tabla 16 se presenta el coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal. Podemos apreciar que hay correlación positiva débil entre la calidad de reporte de enfermería y la edad, es decir a mayor edad mayor calidad de reporte de enfermería, sin embargo mediante la prueba paramétrica de coeficiente de correlación de Pearson se encontró que la probabilidad es mayor o igual al nivel de significancia ($r = 0.166$, $p \geq 0.05$), lo cual no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 5% se concluye que no existe correlación entre la edad y la calidad de reporte de enfermería.

Hipótesis específica 2:

Ho: No existe correlación entre motivación de reporte de enfermería y calidad de reporte de enfermería

H1: Existe correlación entre motivación de reporte de enfermería y calidad de reporte de enfermería

Tabla 17

Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal (Motivación de reporte de enfermería)

	p de Pearson	Sig. Bilateral "p"
Edad	0.166	0.276
Motivación de reporte de enfermería	0.061	0.691

En la tabla 17 se presenta el coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal.

Podemos apreciar que hay correlación positiva débil entre la calidad de reporte de enfermería y la motivación de reporte de enfermería, es decir a mayor motivación de reporte de enfermería mayor calidad de reporte de enfermería, sin embargo mediante la prueba paramétrica de coeficiente de correlación de Pearson se encontró que la probabilidad es mayor o igual al nivel de significancia ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), lo cual no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 5% se concluye que no existe correlación entre la motivación de reporte de enfermería y la calidad de reporte de enfermería.

Hipótesis específica 3

Ho: No existe correlación entre los años de experiencia laboral y la calidad de reporte de enfermería

H1: Existe correlación entre los años de experiencia laboral y la calidad de reporte de enfermería

Tabla 18

Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal (Años de experiencia laboral)

	p de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Años de experiencia laboral	0.271	0.071
Años de experiencia profesional	0.265	0.265
Conocimiento de reporte de enfermería	0.808**	0.000

Nota: **: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*: La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 18 se presenta el coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal.

Podemos apreciar que hay correlación positiva normal entre la calidad de reporte de enfermería y los años de experiencia laboral, es decir a mayor año de experiencia laboral, mayor calidad de reporte de enfermería, sin embargo mediante la prueba no paramétrica de coeficiente de correlación de Rho Spearman se encontró que la probabilidad es mayor o igual al nivel de significancia ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), lo cual no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 5% se concluye que no existe correlación entre los años de experiencia laboral y la calidad de reporte de enfermería.

Hipótesis específica 4

Ho: No existe correlación entre los años de experiencia profesional y la calidad de reporte de enfermería

H1: Existe correlación entre los años de experiencia profesional y la calidad de reporte de enfermería

Tabla 19

Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal (Años de experiencia profesional)

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Años de experiencia laboral	0.271	0.071
Años de experiencia profesional	0.265	0.265
Conocimiento de reporte de enfermería	0.808**	0.000

Nota: **: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*: La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 19 se presenta el coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal.

Podemos apreciar que hay correlación positiva normal entre la calidad de reporte de enfermería y los años de experiencia profesional, es decir a mayor año de experiencia profesional, mayor calidad de reporte de enfermería, sin embargo mediante la prueba no paramétrica de coeficiente de correlación de Rho Spearman se encontró que la probabilidad es mayor o igual al nivel de significancia ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), lo cual no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 5% se concluye que no existe correlación entre los años de experiencia profesional y la calidad de reporte de enfermería.

Hipótesis específica 5

Ho: No existe correlación entre conocimiento de reporte de enfermería y la calidad de reporte de enfermería

H1: Existe correlación entre conocimiento de reporte de enfermería y la calidad de reporte de enfermería

Tabla 20

Coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal (Conocimiento de reporte de enfermería)

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Años de experiencia laboral	0.271	0.071
Años de experiencia profesional	0.265	0.265
Conocimiento de reporte de enfermería	0.808**	0.000

Nota: **: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*: La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 20 se presenta el coeficiente de correlación de Spearman entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal.

Podemos apreciar que hay correlación positiva intensa entre la calidad de reporte de enfermería y conocimiento de reporte de enfermería, es decir a mayor conocimiento sobre reporte de enfermería, mayor calidad de reporte de enfermería, mediante la prueba no paramétrica de coeficiente de correlación de Rho Spearman se encontró que la probabilidad es menor al nivel de significancia ($r = 0,061$, $p^{**} < 0.01$), lo cual se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel de significancia de 5% se concluye que existe correlación entre los conocimientos de reporte de enfermería y la calidad de reporte de enfermería.

Análisis bivariado, a continuación se presentan los resultados del análisis bivariado cuando la variable dependiente (puntaje de calidad de reporte de enfermería) es numérica y la variable independiente es categórica.

Hipótesis específica 6

Hipótesis nula: El puntaje promedio de la calidad de reporte de enfermería en unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatría es igual tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes

Hipótesis alterna: El puntaje promedio de la calidad de reporte de enfermería en unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatría es diferente tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes

Tabla 21

Estadística descriptiva y la prueba de diferencia de medias para muestras independientes.

		Calidad de reporte de enfermería		t	Sig. Bilateral "p"
		Media	Desviación estándar		
Estado civil	Soltera	14,5	3,8	-0.976	0.335
	Casada /conviviente	15,6	3,4		

En la tabla 21 se presenta la estadística descriptiva y la prueba t – student de diferencia de medias para muestras independientes. Donde podemos apreciar que el puntaje promedio de calidad de reporte de enfermería aparentemente es mayor en casada o convivientes comparado con las solteras.

De acuerdo la prueba paramétrica de t – student para muestras independientes se encontró que el valor de la probabilidad es mayor al nivel de significancia ($t = -0.976$, $p \geq 0.05$), por lo cual no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel significancia de 5% se concluye que la calidad de reporte de enfermería en unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatría es igual tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes.

IV. Discusión

De los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta el problema, los objetivos y las hipótesis de investigación, se establece:

El objetivo de esta investigación es determinar las variables del factor personal que estén asociados con la calidad del reporte de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos post operatorios del Instituto Nacional del Corazón Es salud, para determinar los factores personales se sustenta con la Teoría del Comportamiento Organizacional (Stephen, 2004, p.37) y para determinar la Calidad del Reporte de Enfermería se sustenta con la Teoría de la Calidad en los Servicios de Salud en Enfermería (Ortega Vargas María 2014, p.22) y Gestión de recursos Humanos del MINSA-Perú (1999).

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable edad del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva débil con un nivel de significancia de 5% (Tabla 16). Este resultado es semejante con lo que halló Peña (2013) “Relación de factores en la satisfacción laboral de los trabajadores de una pequeña empresa de la industria metal mecánica, México 2013” donde concluye que la edad no influyen de manera significativa en la variable de satisfacción laboral (p.123). Así mismo los resultado son similares a los hallazgos que encontró Camarena (2011) “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina, Essalud Lima 2011” tesis para el Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de Salud, donde concluye que la edad no influye significativamente en el abandono del control prenatal de las gestantes (p.51). Resultado que no es semejante con lo que encontró Vargas (2012) “Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste” donde concluye que la relación de los factores sociodemográficos (Edad) del personal de enfermería que influyeron en el trato digno se encontró que los profesionales de Enfermería entre los 19 a 29 años manifestaron que era buena, no obstante, tiende a disminuir en la edad de 40 - 44 años. (p.50)

Las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado enfermero (2008) afirma es necesario tener en consideración cualquier limitación del personal para otorgar la prestación, en este sentido la edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos; sin embargo no podemos afirmar categóricamente que por muy joven o mayor que sea el personal, no es el indicado para laborar en determinada área, es importante evaluarlo a la luz de otras consideraciones del entorno (Normas de Gestión 2008, p.19). Sin embargo Vargas dice que durante los 19 - 24 años el personal de Enfermería se encuentra en un proceso de continuidad profesional e inicia su etapa reproductiva y la formación de una familia lo que implica nuevas responsabilidades pudiendo influir en el trato digno. De los 25 - 29 años se puede alcanzar las expectativas educativas y personales y, por tanto, pudiera existir un mínimo de distractores y así brindar esa continuidad de la atención. De los 40 - 44 años se podría reflejar la decadencia debido a la excesiva confianza de seguridad laboral o la posibilidad de que su atención se enfoque a la atención de sus hijos adolescentes que les demandan otro tipo de atención, o bien a que realizan un cuidado mecanizando, sin considerar las demandas de los pacientes hospitalizados.(Vargas, 2012, p.51)

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable estado civil del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería, pues el puntaje promedio de la calidad de reporte de enfermería es igual tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes y el valor de la probabilidad de la prueba de t-student es mayor al nivel de significancia (Tabla 21). Este resultado es semejante al encontrado por Camarena (2011) “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina, Essalud Lima 2011” tesis para el Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de Salud, donde concluye que el estado civil no influye significativamente en el abandono del control prenatal de las gestantes (p.51). Pero los resultados de la investigación difieren de los hallazgos de Vargas (2012) “Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste” donde concluye que la Estado Civil del personal de enfermería influye en el trato digno al paciente; y que el trato

digno de las enfermeras es bueno con un 77.8% en enfermeras divorciadas y con un 97% en enfermeras solteras. (p.48)

No hay suficientes estudios para sacar conclusiones sobre el efecto del estado civil en la productividad. Pero los empleados casados faltan menos, pasan por menos rotación y están más satisfechos con su puesto que sus compañeros solteros (Stephen, 2004, p.39). El matrimonio impone mayor responsabilidades que aumentan el valor y la importancia de un empleo estable, bien puede ser que los empleados conscientes y satisfechos tengan más probabilidades de estar casados. Otra vertiente del tema es que no hay investigaciones sobre otros estados civiles aparte del matrimonio y la soltería. (Stephen, 2004, p.40)

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable años de experiencia laboral del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva normal con un nivel de significancia de 5% (Tabla 18). Este resultado difiere de lo que halló López (2015) "Evaluación de competencias del profesional de enfermería que labora en hospitales públicos y privados, Costa Rica 2015", estudio de tipo no experimental, de diseño transversal, cuyo alcance es descriptivo correlacional no causal, donde concluye que la antigüedad laboral se relaciona de manera medianamente competente con habilidad para aplicar el método del proceso de enfermería y la capacidad de aplicar los conocimientos en el cuidado holístico; pero de manera competente con capacidad de aplicar medicamentos de forma segura. (p.10)

Carrillo cita a la Filosofía de Benner, quien muestra el proceso que la enfermera(o) atraviesa desde recién graduada(o) hasta que se especializa en un área determinada. En este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta; adquiere habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad (Carrillo *et al.*, 2013, p.353). La competencia se desarrolla después de haber vivido considerables experiencias, que permiten a los individuos utilizar la intuición en la toma de decisiones; esa experiencia se caracteriza por fluidez o rendimiento que se da

automáticamente y ya no depende del conocimiento explícito. (Carrillo *et al.*, 2013, p. 353)

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable años de experiencia profesional del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva normal con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 19). Este resultado difiere a los resultados de Contreras (2012) en su investigación enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima 2012”, donde concluye que el 63% afirma que el tiempo de servicio es un factor que influye en el llenado de notas de enfermería. (p.93). Al respecto Vargas (2012) “Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste” estudio observacional, transversal y comparativo, concluye que la antigüedad laboral del personal de Enfermería con más años laborados es el que tiende a disminuir el trato digno, en contradicción con el personal que tiene menos de seis años.

Hernández afirma que la experiencia profesional es todo aquel saber y práctica que una persona egresada de una institución de educación superior, posee en función de haberla adquirido en el devenir de su práctica (Hernández, 2012 p. 48). También sustenta que un profesional universitario, debe demostrar por lo menos cuatro competencias: primero de orden cognoscitivo; es decir, debe tener todos los conocimientos propios de su disciplina, segundo una competencia praxiológica, donde se combinan los conocimientos y la forma como estos se lleva a la práctica para la solución de los problemas disciplinares y profesionales; tercero una competencia axiológica que le permita al profesional no sólo hacer las cosas propias de su disciplina, hacerlas bien, sino quien las hace a partir del respeto a los valores aceptados como tales dentro de su comunidad científica, profesional y disciplinar; y por último, una competencia comunicativa, que se refiere a que el profesional sabe comunicar de cualquier

forma los conocimientos y praxis de su disciplina, de tal manera que los demás lo entiendan. (Hernández, 2012, p. 48)

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable conocimiento del factor personal está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva intensa, es decir a mayor conocimiento sobre reporte de enfermería, mayor calidad de reporte de enfermería, con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 20). Este resultado es comparable a los resultados de Contreras (2012) en su investigación enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia - Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima 2012”, donde concluye que el 97% afirma que el conocimiento es un factor que influye en el llenado de notas de enfermería. (p.93). Así mismo Zárate (2015) en su estudio multicéntrico, analítico, transversal y observacional “Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos, México 2015” concluye que fue la falta de conocimiento y habilidades adecuadas del personal de enfermería es causa de incremento en complicaciones y en mortalidad hospitalaria de pacientes (p.70). Así mismo López (2015) “Evaluación de competencias del profesional de enfermería que labora en hospitales públicos y privados, Costa Rica 2015”, estudio de tipo no experimental, de diseño transversal, cuyo alcance es descriptivo correlacional no causal, donde concluye que existe relación entre la formación académica de la enfermera y la habilidad para aplicar el método del proceso de enfermería y la capacidad de aplicar los conocimientos en el cuidado holístico al paciente (p.9). Pero los resultados de la investigación difiere de lo que halló Verdugo (2011) “Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario, México 2011” estudio descriptivo, observacional, transversal y correlacional, donde concluye que la calidad de atención de enfermería es regular y que no está asociado al nivel académico del personal de enfermería.

El Ministerio de Salud (199) afirma que para lograr el desarrollo profesional de los trabajadores es a través de la capacitación, ya que constituye un aspecto

de gran importancia dentro de la gestión moderna. Se ha señalado que el recurso humano es el principal activo de toda organización. Para que este recurso no sólo mantenga su potencial, sino se fortalezca y sea competente dentro de su contexto laboral, tiene que estar permanentemente inmerso dentro de un proceso de aprendizaje (MINSA, 1999, p. 145). Las organizaciones modernas desarrollan la capacitación como un proceso permanente y flexible, considerando las necesidades de las instituciones, a fin de asegurar el logro de la misión, así como las necesidades de cada trabajador, para promover su continuo desarrollo personal y profesional (MINSA, 1999, p. 145).

Los resultados de la investigación dan cuenta que la variable motivación del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva débil con un nivel de significancia de 5% (Tabla 17). Este resultado difiere de los resultados de Contreras (2012) en su investigación enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo “Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima 2012”, donde concluye que el 70% afirma que la motivación es un factor que influye en el llenado de notas de enfermería (p.93). Así mismo también difiere de los resultados que encontró Sebastián (2013) en su investigación descriptivo de corte transversal “Factor personal e institucional en el desarrollo del cuidado humano de ayuda confianza, de la teoría de Jean Watson en los enfermeros del servicio de medicina 3B del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima 2013”, donde concluye: el 60% de los enfermeros consideran que la variable motivación del factor personal está siempre presente para que se desarrolle el cuidado humano de ayuda-confianza enfermera-paciente (p.5). Así mismo también difiere de los resultados que Cequea (2012) “Productividad y factores humanos. un modelo con ecuaciones estructurales, España 2012”, donde concluye que los factores humanos asociados al individuo y a su intervención en los grupos (motivación, participación, satisfacción, consenso, cohesión y conflicto) tienen una alta incidencia en la productividad (p.6). Pero estos resultados difieren de lo que halló Cadena (2014) “Factores que influyen en el profesional de enfermería de una institución de tercer nivel para desarrollar

investigación, España 2014” estudio correlacional, prospectivo y transversal, donde concluye que el desarrollo profesional y la motivación son los principales factores para investigar. (p.28)

El Ministerio de salud (1999) afirma que para lograr el desarrollo personal de los trabajadores es mediante un programa de motivación y bienestar del personal, que asegure un clima favorable y mejor calidad de vida en el trabajo, lo que redundará en el desarrollo de los trabajadores y de la organización (MINSA, 1999, p. 168). Además considera que este programa consigna actividades planeadas que están orientadas a mejorar y mantener el nivel de satisfacción, la moral, compromiso y la calidad de vida laboral con la finalidad de promover un desarrollo sostenido de la organización que permita brindar un servicio cada vez más competitivo y de calidad a la comunidad. (MINSA, 1999, p. 168)

Debo resaltar las limitaciones en esta investigación: población de estudio pequeña, sólo 45 enfermeras, poca disponibilidad y colaboración de la población en estudio, dificultades que surgen del procesamiento estadístico de los datos, limitaciones prácticas y el uso eficiente de los recursos de tiempo y recursos didácticos. La falta de acceso a los documentos necesarios para ser estudiado y recursos financieros limitados para el estudio.

V. Conclusiones

Primera: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 1 muestran que la variable edad del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva débil con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 16)

Segunda: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 2 muestran que la variable motivación del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva débil con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 17)

Tercera: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 3 muestran que la variable años de experiencia laboral del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva normal con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 18)

Cuarta: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 4 muestran que la variable años de experiencia profesional del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva normal con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 19)

Quinta: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 5 muestran que la variable conocimiento del factor personal está asociado a la calidad de reporte de enfermería por tener una correlación positiva intensa, es decir a mayor conocimiento sobre reporte de enfermería, mayor calidad de reporte de enfermería, con un nivel de significancia de 5%. (Tabla 20)

Sexta: Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis específica 6 muestran que la variable estado civil del factor personal no está asociado a la calidad de reporte de enfermería, pues el puntaje promedio de la calidad de reporte de enfermería es igual tanto en enfermeras

solteras como enfermeras casadas o convivientes y el valor de la probabilidad de la prueba de t-student es mayor al nivel de significancia. (Tabla 21)

VI. Recomendaciones

Primero: La institución cuenta con un grupo etéreo de profesionales de enfermería adulto joven, quienes alcanzaron o están en proceso de cubrir sus expectativas educativas y personales y, por tanto la institución debe de estimular a cubrir estas expectativas con la finalidad de conseguir la calidad de atención del paciente.

Segundo: La institución tiene que tener presente que el estado civil es un factor que puede asociarse gradualmente con los procesos de gestión de enfermería.

Tercero: La institución debe conocer la experiencia laboral de sus profesionales de enfermería, pues en este proceso van surgiendo una serie de cambios de conductas; y adquiere habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad.

Cuarto: El profesional enfermero universitario, debe demostrar por lo menos cuatro competencias: cognoscitivo, praxiológica, axiológica y comunicativa.

Quinto: La institución debe desarrollar la capacitación como un proceso permanente y flexible, considerando las necesidades de las instituciones, a fin de asegurar el logro de la misión, así como las necesidades de cada trabajador, para promover su continuo desarrollo personal y profesional.

Sexto: La institución logrará el desarrollo personal de los trabajadores mediante un programa de motivación y bienestar del personal, que asegure un clima favorable y mejor calidad de vida en el trabajo, lo que redundará en el desarrollo de los trabajadores y de la organización.

VII. Referencias

- Almeida, I. & Campos de Olivera, J. (2015). Entrega de turno en Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista Objnursing*, 14, 440,442. Recuperado de http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/5281/pdf_969
- Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Revista Scielo* 14, (4), 570. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a14v14n4.pdf>.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). *Antigüedad en el empleo y rotación laboral en América Latina*. (NT N°IDB-TN-1072). Galavisi, M. & Oliveri, M.
- Banille, E. (2006). Recepción del paciente pos operado inmediato, *Hojas de ruta en el perioperatorio cardiovascular pediátrico* (p.216). Cordova: Editorial Recursos Fotográficos.
- Cadena, J. & Olivera, S. (2014). Factores que influyen en el profesional de enfermería de una institución de tercer nivel para desarrollar investigación. *Revista Inquietudes*, 19 (48), 28. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223469.pdf>.
- Camarena, P. (2012). *Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Essalud – 2011*. (Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de Salud). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2954/2/Camarena_%20rp%282%29.pdf.
- Carrillo, A. & García, L. & Cárdenas, L. (2013). *La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica*. *Revista En. Global*. 12 (322). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
- Código de Ética y Deontología. (1980). D.L. N° 22315. Lima, Perú.
- Contreras, G. (2012). Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia – hospital nacional Daniel Alcides Carrión. *Rev. Perú. Obstet. Enferm.* 8 (2), 93.

Recuperado de
http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/646dd-05.pdf.

Fernández, L. (2016). Enfermería en Terapia Intensiva. *Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería* (pp.289-293). Valladolid: Grupo Paradigma.

Funes, K. (2011). *Factores que intervienen en la calidad de atención de los(as) usuarios(as) que asisten a consulta a la unidad de salud Dr. Manuel Alvarenga andino, San salvador* (Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública). Recuperado de
http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=251&Itemid=85.

García, M. (2007). Cuidar el cuerpo y salvar las almas: La Práctica de la Enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros obregones. (Tesis de Doctor, Universidad de Sevilla-España). Recuperado
<http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/1616/cuidar-el-cuerpo-y-salvar-las-almas-la-practica-de-la-enfermeria-segun-el-modelo-de-la-congregacion-de-enfermos-obregones>.

Goicochea, L. (2010). *Calidad de los registros de enfermería y su relación con la calidad de atención de enfermería en el servicio de medicina mujeres del hospital nacional PNP Luis Sáenz* (Tesis para optar el grado de magíster en dirección y gestión en servicios de la salud, Universidad San Pedro. Chimbote, Perú). Recuperada de <http://documents.tips/documents/calidad-de-los-registros-de-enfermeria-y-su-relacion-con-la-calidad-de-atencion-de-enfermeria.html>

Goncalves da Silva, T. & Dos Santos, R. & Costa, L. (2016). *El contenido de los registros de enfermería en los hospitales: contribuciones al desarrollo del proceso de enfermería. Revista oficial do Conselho federal de Enfermagem*. 7 (1), p.24-27. Recuperado de
<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679>.

- Guevara, M. & Arroyo, L. (2015). *El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería*. *Revista Enfermería Global*, 14 (1), pp. 401-405- 415. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/178711>
- Gutiérrez, J. & Esquen, O. & Gómez, E. (2014). *Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé*, *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(1), p.51. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/214/221.
- Henríquez, S. (2012). *Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20 (1), pp. 4-5. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25.pdf.
- Hernández, G. (2011). *La experiencia profesional en psicología*. <http://gerardoahernandezm.blogspot.com/2011/07/la-experiencia-profesional-en.html>
- Hernández, R. & Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). *Diseño de la investigación, Metodología de la Investigación*. (pp. 4, 80-81, 112-113, 149, 217-261). México: McGraw-Hill. Interamericana editores, s.a.
- Jimeno, J. & Lacuesta, A. (2013). *Educación, experiencia laboral y habilidades cognitivas: una primera aproximación a los resultados de PIAAC, II*, pp. 90-91. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/internacional/piaac/jimenopiaac2013vol2.pdf?documentId=0901e72b818215c9>
- Kozier, B. (2013). *Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. (9ª ed.). España: Pearson Educación S.A.
- Llapa, E. & Cleiton da Silva, O. & De Franca, T. (2013). *Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería*. *Revista Enfermería Global*, 12 (31), p.206. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/administracion4.pdf>.

- Lombeyda, J. (2015). *Protocolo de entrega y recepción de turno para garantizar la continuidad de atención de enfermería en el Área de Neonatología del Hospital Dr. Gustavo, Santo Domingo Ecuador*. (Tesis para optar el grado académico magister en gerencia de servicios de salud, Universidad de Santo Domingo Ecuador). Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/834/1/TUAMGSS031-2015.pdf>.
- López, J. & Saavedra, C. & Moreno, M. (2015). *Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería*. *Revista Electrónica Medicina Salud y Sociedad*, 6 (1), p.65-75 Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/190>
- Machaczek, K. & Whietfield, M. & Kilner, K. (2013). *Percepción de médicos y enfermeras sobre las barreras en la realización de traspaso en los hospitales en la República Checa*. *American Journal of Nursing Research* 1(1), p.1- 9. Recuperado de <http://pubs.sciepub.com/ajnr/1/1/1>
- Madero, S. (2010). *Factores relevantes del desarrollo profesional y de compensaciones en la carrera laboral del trabajador*. 232, p.113. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rca/232/RCA000023206.pdf>.
- Martínez, E. & López, M. (2011). *El conocimiento y aplicabilidad de las nuevas tecnologías en el profesional de enfermería*. *Revista científica de enfermería*, 2, p.20. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648313>
- Martínez, G. 2014). *Evolución histórica de los registros en enfermería. Registros enfermeros: reflexiones sobre su implementación*. (Tesis licenciatura en enfermería, Madrid-España). Recuperado de http://www.academia.edu/10286741/Registros_Enfermeros._Reflexiones_sobre_su_implementaci%C3%B3n
- MINSA. (1999). *Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud*. Lima.
- Mompart, M. (2009). *Administración y Gestión* (2a ed) (pp. 415,417-420,422-423,425-431,433).España: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).

- Muñoz, R. (2007). *Cuidados Críticos en Cardiopatías Congénitas o Adquiridas*. Bogotá: Distribuna Editorial Médica.
- Normas de Gestión de las Calidad del Cuidado Enfermero. (2008). Lima, Jesús María, Perú.
- Ronderos, G. (2011). *Cardiología Pediátrica Práctica* (1° ed). Bogotá: Editorial Distribuna.
- Sebastián, C. & Velásquez, D. (2016). *Factor personal e institucional en el desarrollo del cuidado humano de ayuda confianza*. *Revista Enfermería Herediana*, 3 (1), 3. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/faenf/2014-12-04-23-39-26/numeros-publicados.html>
- Soto, D. (2006). *Manual para padres de niños con cardiopatía congénita*. Sevilla: Editorial técnica y Comunicación.
- Stephen, P. (2004). *Comportamiento Organizacional* (10a ed.). México: Peerson Educación México.
- Vargas, L. & Ramírez, M. & Rodríguez, S. (2012). *Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste* .*Revista UNAM* 15 (1).p.45. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/36353>
- Vargas, Z. (2016). *Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso*, 31. pp.1-19. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/24518/24719>.
- Verdugo-Batiz, A. & Esparza-Betancourt, R. & Magaña-Rosas, A. (2011). *Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario*. *Rev. Enferm Inst. Mex. Seguro Soc.*, 19 (1), p.15. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=324&id_seccion=4905&id_ejemplar=8113&id_articulo=82159.

- Yáñez-Corral, A. & Zarate-Grajales, R. (2016). *Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería*. *Revista Enfermería Universitaria* 13 (2), pp.102-105. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/55896/49589>.
- Zárate-Grajales, R. & Olvera-Arreola, S. & Hernández-Cantoral, S. (2015). *Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos*. *Revista Enfermería Universitaria*, 12 (2), p.68. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00063.pdf>.

VIII. Anexos

ANEXO 1

ARTICULO CIENTIFICO

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DEL REPORTE DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POSTOPERATORIOS DE CARDIOPEDIATRIA, INCOR ESSALUD, LIMA 2016.

Autor: Br. Rosalynn Córdova Santivañez

1.- RESUMEN:

Con el propósito de determinar la relación entre los factores personales y la calidad del reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos posoperatorios de cardiopediatría, se planteó este trabajo en el contexto del Instituto Nacional del Corazón, Lima en el 2016. Fue un trabajo básico, con diseño no experimental correlacional. Se encuestó a 45 enfermeras del servicio de cardiopediatría usando dos instrumentos, cuestionario elaboración propia (Factores personales); guía de observación Yáñez y Corral (Calidad de reporte). Los datos se procesaron mediante la prueba de coeficiente de correlación de Pearson ($\alpha = 0.05$), para las variables edad ($r = 0,166$, $p \geq 0.05$), y motivación ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), existe correlación positiva débil en ambos, por lo tanto se concluye que no existe correlación con la calidad de reporte de enfermería. Para las variables años de experiencia laboral, años de experiencia profesional y conocimiento de reporte de enfermería se aplicó la correlación de Spearman ($\alpha = 0.05$), encontrándose para las dos primeras variables ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), para ambas hay correlación positiva normal, concluyendo que no existe relación con la calidad de reporte de enfermería. Se demostró que la calidad de reporte de enfermería se ve afectada por el conocimiento de reporte que poseen de las enfermeras, obteniendo ($r = 0,061$, $p^{**} < 0.01$), existe correlación positiva intensa, es decir a mayor conocimiento mayor calidad de reporte de enfermería.

Palabras claves: Factores asociados, reporte de enfermería, calidad, cuidados intensivos.

2.- ABSTRACT

In order to determine the relationship between personal factors and the quality of the nursing report in the postoperative intensive care unit of cardiopediatrics, this work was proposed in the context of the National

Heart Institute, Lima, in 2016. It was a basic work, with non-experimental correlational design. A total of 45 nurses from the cardiopathy department were surveyed using two instruments, self-elaborated questionnaire (Personal factors); Observation guide Yáñez and Corral (Quality of reporting). Data were processed using the Pearson correlation coefficient test ($\alpha = 0.05$), for age ($r = 0.166$, $p \geq 0.05$) and motivation ($r = 0.061$, $p \geq 0.05$), there was a weak positive correlation both, therefore it is concluded that there is no correlation with the quality of nursing report. For the variables of years of work experience, years of professional experience and knowledge of nursing reports, the Spearman correlation ($\alpha = 0.05$) was applied, for the first two variables ($r = 0.061$, $p \geq 0.05$), for both there is correlation Positive normal, concluding that there is no relation with the quality of nursing report. It was demonstrated that the quality of the nursing report is affected by the knowledge of the report they have of the nurses, obtaining ($r = 0.061$, $p^{**} < 0.01$), there is an intense positive correlation, that is to say, to a greater knowledge, greater quality of reporting of nursing.

Key words: Associated factors, nursing report, quality, intensive care.

3.- INTRODUCCION

El reporte de enfermería es la transferencia de información del personal saliente al personal entrante, es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluye la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente (Guevara 2015). Sin embargo, existen factores que afectan el reporte de enfermería, Guevara (2015) cita a Reisenberg quien identificó en este proceso: barreras de comunicación, problemas en la estandarización o políticas que aseguren el proceso, dificultades en los equipos tecnológicos, factores del entorno, disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el número de pacientes, entrenamiento y educación del personal y los factores humanos (Guevara 2015).

Estos factores pueden afectar al reporte de enfermería en cuanto a su estructura, proceso y resultado; y por ende a su razón de ser que son los cuidados, pues para asegurar la calidad de la atención y la continuidad del cuidado debe existir una armonía entre las personas (enfermeros), el entorno (unidades) y la información; si uno de estos ejes se afecta por diversos factores se da lugar a retrasos en la prestación de un servicio, diagnóstico o tratamiento, errores en la medicación, extravío de resultados o la duplicidad de los mismos; situaciones que puede llevar a la presencia de eventos adversos, prolongar la estancia hospitalaria, incrementos en los gastos y quejas e insatisfacción del usuario.

La transmisión ordenada, sistematizada, objetiva, y exacta del reporte de enfermería permitiría planificar e implementar estrategias de cuidado, y la

evaluación de los resultados observados día a día, convirtiéndose este proceso en clave trascendental que asegure la calidad de atención del cuidado de enfermería de forma eficaz y eficiente.

4.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El reporte de enfermería es la transferencia de información del personal saliente al personal entrante., se podría afirmar que el informe es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluyendo la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente, así como la asignación de las responsabilidades y tareas de rutina. (Guevara, 2005)

El reporte de enfermería es la transferencia de información del personal saliente al personal entrante, es una parte compleja e importante de la práctica profesional que atiende varios propósitos, incluye la comunicación, el suministro de información actualizada, la continuidad y la calidad del cuidado del paciente (Guevara 2015). El reporte de enfermería debe ser lo suficientemente amplio como para abarcar el carácter holístico del cuidado del paciente, y objetivo para satisfacer metas a corto y largo plazo de las actividades de enfermería en el cuidado del paciente, y a su vez suficientemente específico para garantizar la continuidad del cuidado y evitar o disminuir los riesgos e incidentes; garantizando de ésta manera el éxito en la Gestión de Enfermería.

La comunicación de transferencia o informe de cambio de turno se entrega a todos los profesionales de enfermería del turno siguiente, su finalidad es proporcionar a los pacientes la continuidad al ofrecerles información crítica, así como promover la seguridad del paciente y las mejores prácticas (Kozier 2013). El profesional de enfermería debe centrarse en las necesidades del paciente y no distraerse en información irrelevante. Los informes de cambio de turno pueden ser escritos u orales, ya sea un intercambio cara a cara o mediante registro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la calidad asistencial persigue “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. La OMS ha matizado su definición incluyendo ya aspectos económicos: “calidad es la medida en que la atención sanitaria proporcionada, en un marco económico determinado, permite alcanzar los resultados más favorables al equilibrar riesgos y beneficios”. (García, 2009). Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien “cuidar con calidad” y comprender sus dimensiones: Ética,

interpersonal y de percepción. (Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero, 2008)

Se desprende de estas definiciones que las intervenciones de enfermería deben estar conducidas a través de guías, protocolos, manuales garantizan la calidad del cuidado; evidenciado en la satisfacción del usuario, equilibrando riesgos y beneficios. Y es así como Yáñez y Corral , diseñan un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería, con el objetivo de estandarizar e incorporar aspectos de seguridad del paciente, en el proceso de enlace de turno de enfermería, que contribuyen en la prevención de eventos adversos y asegurar la calidad en el cuidado de enfermería.

Bajo esta perspectiva enfermería posee instrumentos (kardex, notas de enfermería informes o registros verbales y escritos) que describen aspectos importantes del cuidado de la atención del paciente; los cuales deben estar inmersos en indicadores, y estándares que evalúen la gestión del actuar de enfermería permitiendo el logro de estándares de calidad acordes con la globalización. (Mompert, 2009)

Un reporte de enfermería adecuado, aplicando su concepto, proporciona a los profesionales de enfermería la oportunidad de aclarar y corregir inexactitudes con el paciente y la familia, y con los mismos colegas, en última instancia, con la disminución de errores o eventos adversos en su cuidado y la satisfacción del paciente. (Guevara, 2015)

Existen factores que afectan el reporte de enfermería, Guevara (2015) cita a Reisenberg quien identificó en este proceso: barreras de comunicación, problemas en la estandarización o políticas que aseguren el proceso, dificultades en los equipos tecnológicos, factores del entorno, disponibilidad de tiempo, dificultades por la complejidad y el número de pacientes, entrenamiento y educación del personal y los factores humanos (Guevara 2015).

Estos factores pueden afectar al reporte de enfermería en cuanto a su estructura, proceso y resultado; y por ende a su razón de ser que son los cuidados, pues para asegurar la calidad de la atención y la continuidad del cuidado debe existir una armonía entre las personas (enfermeros), el entorno (unidades) y la información; si uno de estos ejes se afecta por diversos factores se da lugar a retrasos en la prestación de un servicio, diagnóstico o tratamiento, errores en la medicación, extravío de resultados o la duplicidad de los mismos; situaciones que puede llevar a la presencia de eventos adversos, prolongar la estancia hospitalaria, incrementos en los gastos y quejas e insatisfacción del usuario.

Ante ello Llapa (2013), identifica fortalezas del cambio de turno como la objetividad del informe , ambiente tranquilo y el intercambio ágil de la información; debilidades del cambio de turno funcionarios con prisa por salir, impuntualidad para iniciar el cambio de turno y falta de planificación; oportunidades del cambio de turno las buena relación con otros profesionales de la salud, y en cuanto a las

amenazas del cambio de turno exceso de unidades bajo la responsabilidad de un enfermero, la propia administración del hospital, llamadas telefónicas durante el cambio de turno y las interrupciones médicas.

A nivel nacional, Contreras (2012), también identifica que existen factores personales que influyen en el llenado de notas de enfermería como el conocimiento, la identidad profesional y la motivación. Entre los factores institucionales, figuraron el recurso material, el reconocimiento del mérito, la dotación del personal profesional y la elevada demanda de atención.

Goicochea (2010), coincide con esta definición, pues determina que existe calidad de atención de enfermería cuando la institución posee instrumentos estructurados, que proporcionen datos reales sobre lo que se está valorando, y que evalúe el impacto sobre las actividades ejecutadas.

4.- MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. La población estudiada fue de 45 enfermeras que laboran en dicho servicio. El cuestionario conocimiento de reporte de enfermería (elaboración propia), cuestionario de motivación de reporte de enfermería para la medición de los indicadores de la variable factores personales. Para la medición de los indicadores de la variable Calidad de reporte de enfermería se usará la guía de observación (Yáñez-Corral). Los resultados mostraron que el instrumento que mide el conocimiento de reporte de enfermería tuvo un coeficiente alfa de Cronbach igual a 0.71, siendo altamente confiable en la toma de datos. Para el instrumento que mide la motivación de reporte de enfermería un valor de coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,72, siendo también altamente confiable. Para la guía de observación tuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82, siendo altamente confiable.

5.- RESULTADOS

Tabla1. *Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento de reporte de enfermería - Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatria, INCOR Essalud, 2016*

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	11,1
Medio	37	82,2
Alto	3	6,7
Total	45	100,0

Sobresale el nivel de conocimiento medio que poseen las enfermeras sobre el reporte de enfermería.

Tabla 2. *Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de motivación de reporte de enfermería Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016*

Nivel de motivación	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	13	28,9
Medio	18	40,0
Alto	14	31,1
Total	45	100,0

Sobresale el nivel de motivación medio (40%) que posee el personal en cuanto al reporte de enfermería.

Tabla 3. *Tabla de frecuencia de enfermeras según nivel de cumplimiento del reporte de enfermería-Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016*

Nivel de cumplimiento de reporte de enfermería	No cumplimiento		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de cumplimiento en el reporte de enfermería	17	37,8	10	22,2	8	17,8	10	22,2
		%		%		%		%
Nivel de cumplimiento en seguridad	22	48,9	8	17,8	3	6,7%	12	26,7
		%		%		%		%
Nivel de cumplimiento en intervenciones	2	4,4%	27	60,0	4	8,9%	12	26,7
		%		%		%		%
Nivel de cumplimiento en procedimientos	18	40,0	0	0,0%	0	0,0%	27	60,0
		%		%		%		%

Se aprecia cuatro niveles de cumplimiento; el 48,9% no cumplen el reporte de enfermería en su dimensión seguridad, el 60% tienen un cumplimiento bajo de reporte de enfermería en su dimensión intervenciones y el mismo porcentaje de enfermeras tienen un cumplimiento alto del reporte de enfermería en su dimensión procedimiento.

Tabla 4. *Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal*

	ρ de Pearson	Sig. Bilateral "p"
Edad	0.166	0.276
Motivación de reporte de enfermería	0.061	0.691

A un nivel de significancia de 5%, se encontró que la edad ($r = 0,166$, $p \geq 0.05$), y la motivación del reporte de enfermería ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), ambos tienen correlación positiva débil, por lo tanto no existe correlación con la calidad de reporte de enfermería.

Tabla 5. *Coeficiente de correlación de Pearson entre la calidad de reporte de enfermería y las variables del factor personal*

	ρ de Spearman	Sig. Bilateral "p"
Años de experiencia laboral	0.271	0.071
Años de experiencia profesional	0.265	0.265
Conocimiento de reporte de enfermería	0.808**	0.000

Nota: **: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). *: La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

A un nivel de significancia de 5%, se encontró que los años de experiencia laboral ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), y los años de experiencia profesional ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), ambos tienen correlación positiva débil, por lo tanto no existe correlación con la calidad de reporte de enfermería. Aun nivel de significancia de 5% el conocimiento de reporte de enfermería ($r = 0,808$, $p^{**} < 0.01$), tiene correlación positiva intensa y se concluye que existe correlación con la calidad de reporte de enfermería.

Tabla 6. *Estadística descriptiva y la prueba de diferencia de medias para muestras independientes*

		Calidad de reporte de enfermería		t	Sig. Bilateral “p”
		Media	Desviación estándar		
Estado civil	Soltera	14,5	3,8	-0.976	0.335
	Casada /conviviente	15,6	3,4		

Se encontró que el valor de la probabilidad es mayor al nivel de significancia ($t = -0.976$, $p \geq 0.05$), por lo cual se decide no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel significancia de 5% se concluye que la calidad de reporte de enfermería en unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatria es igual tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes.

6.- DISCUSION

De acuerdo a los resultados, se puede evidenciar la relación directa y significativa entre ambas variables, luego de haber aplicado a través de un instrumento a los profesionales que laboran en dicho servicio.

En efecto, para ver la correlación entre ambas variables se hizo un planteamiento de hipótesis, donde se tiene que la calidad de reporte de enfermería se relaciona con el nivel de conocimiento del personal de enfermería. Desde esta perspectiva, se observó que el valor de la significancia obtenida fue menor que el nivel propuesto ($p=0,000 < 0,05$) por lo que se tiene evidencia para afirmar que la calidad de reporte de enfermería se relaciona con el nivel de conocimiento del personal de enfermería del servicio de cardiopediatria del Instituto Nacional Cardiovascular, Lima 2016. En base a esta aceptación, el coeficiente de correlación obtenida fue < 0.01 , explicándose como una relación positiva intensa, por lo que la relación se interpreta que a mayor conocimiento, entonces mayor calidad de reporte de enfermería.

Este resultado es comparable a los resultados de Contreras, (2012) donde afirma que el conocimiento es un factor que influye en el llenado de notas de enfermería. Así mismo Zárate-Grajales (2015) concluye que fue la falta de conocimiento y habilidades adecuadas del personal de enfermería es causa de incremento en complicaciones y en mortalidad hospitalaria de pacientes. De igual modo López (2015) concluye que existe relación entre la formación académica de la enfermera y la habilidad para aplicar el método del proceso de enfermería y la

capacidad de aplicar los conocimientos en el cuidado holístico al paciente. Verdugo-Batiz (2011), difiere de estas conclusiones, el determina la calidad de atención de enfermería es regular y que no está asociado al nivel académico del personal de enfermería. Las organizaciones modernas desarrollan la capacitación como un proceso permanente y flexible, considerando las necesidades de las instituciones, a fin de asegurar el logro de la misión, así como las necesidades de cada trabajador, para promover su continuo desarrollo personal y profesional (MINSA, 1999).

En cuanto a las variables edad ($r = 0,166$, $p \geq 0.05$), y la motivación del reporte de enfermería ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), ambos tienen correlación positiva débil, que evidencia la no correlación con la calidad de reporte de enfermería. Resultado semejante con lo que halló Peña (2013), donde determina que la edad no influyen de manera significativa en la satisfacción laboral. Las Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado enfermero (2008) afirma es necesario tener en consideración cualquier limitación del personal para otorgar la prestación, en este sentido la edad suele ser un factor a considerar en servicios de alta exigencia como las unidades de cuidados intensivos.

En cuanto a la motivación el resultado difiere al de Contreras Espíritu, (2012), donde concluye que el 70% afirma que la motivación es un factor que influye en el llenado de notas de enfermería. El Ministerio de salud (1999) afirma que para lograr el desarrollo personal de los trabajadores es mediante un programa de motivación y bienestar del personal, que asegure un clima favorable y mejor calidad de vida en el trabajo, lo que redundará en el desarrollo de los trabajadores y de la organización (MINSA, 1999). Además considera que este programa consigna actividades planeadas que están orientadas a mejorar y mantener el nivel de satisfacción, la moral, compromiso y la calidad de vida laboral con la finalidad de promover un desarrollo sostenido de la organización que permita brindar un servicio cada vez más competitivo y de calidad a la comunidad (MINSA, 1999).

Referente a los años de experiencia laboral ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), y los años de experiencia profesional ($r = 0,061$, $p \geq 0.05$), ambos tienen correlación positiva débil, por lo tanto no existe correlación con la calidad de reporte de enfermería. Hernández (2012) afirma que la experiencia profesional es todo aquel saber y práctica que una persona egresada de una institución de educación superior, posee en función de haberla adquirido en el devenir de su práctica. López (2015) concluye que la antigüedad laboral se relaciona de manera medianamente competente con habilidad para aplicar el método del proceso de enfermería y la capacidad de aplicar los conocimientos en el cuidado holístico; pero de manera competente con capacidad de aplicar medicamentos de forma segura.

En cuanto al estado civil, se encontró que el valor de la probabilidad es mayor al nivel de significancia ($t = -0.976$, $p \geq 0.05$), por lo cual se decide no se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto con un nivel significancia de 5% se concluye que la calidad de reporte de enfermería en unidad de cuidados intensivos post

operatorios de Cardiopediatría es igual tanto en enfermeras solteras como enfermeras casadas o convivientes. No hay suficientes estudios para sacar conclusiones sobre el efecto del estado civil en la productividad. Pero los empleados casados faltan menos, pasan por menos rotación y están más satisfechos con su puesto que sus compañeros solteros (Stephen, 2004, p.39). El matrimonio impone mayor responsabilidades que aumentan el valor y la importancia de un empleo estable, bien puede ser que los empleados conscientes y satisfechos tengan más probabilidades de estar casados. Otra vertiente del tema es que no hay investigaciones sobre otros estados civiles aparte del matrimonio y la soltería (Stephen 2004, p.40).

7.- REFERENCIAS

- Almeida, I. & Campos de Olivera, J. (2015). Entrega de turno en Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Revista Objnursing, 14, 440,442. Recuperado de http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/5281/pdf_969
- Banille, E. (2006). Recepción del paciente pos operado inmediato, Hojas de ruta en el perioperatorio cardiovascular pediátrico (p.216). Cordova: Editorial Recursos Fotográficos.
- Cadena, J. & Olivera, S. (2014). Factores que influyen en el profesional de enfermería de una institución de tercer nivel para desarrollar investigación. Revista Inquietudes, 19 (48), 28. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1409223469.pdf>.
- Código de Ética y Deontología. (1980). D.L. N° 22315. Lima, Perú.
- Contreras, G. (2012). Factores personales e institucionales que influyen en el llenado de notas de enfermería del servicio de emergencia – hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Rev. Perú. Obstet. Enferm. 8 (2), 93. Recuperado de http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/646dd-05.pdf.
- Fernández, L. (2016). Enfermería en Terapia Intensiva. Fundamentos históricos, teóricos y metodológicos de la enfermería (pp.289-293). Valladolid: Grupo Paradigma.
- Funes, K. (2011). Factores que intervienen en la calidad de atención de los(as) usuarios(as) que asisten a consulta a la unidad de salud Dr. Manuel Alvarenga andino, San salvador (Tesis para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública). Recuperado de

http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=251&Itemid=85.

- Goicochea, L. (2010). Calidad de los registros de enfermería y su relación con la calidad de atención de enfermería en el servicio de medicina mujeres del hospital nacional PNP Luis Sáenz (Tesis para optar el grado de magíster en dirección y gestión en servicios de la salud, Universidad San Pedro. Chimbote, Perú). Recuperada de <http://documents.tips/documents/calidad-de-los-registros-de-enfermeria-y-su-relacion-con-la-calidad-de-atencion-de-enfermeria.html>
- Goncalves da Silva, T. & Dos Santos, R. & Costa, L. (2016). El contenido de los registros de enfermería en los hospitales: contribuciones al desarrollo del proceso de enfermería. *Revista oficial do Conselho federal de Enfermagem*. 7 (1), p.24-27. Recuperado de <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679>.
- Guevara, M. & Arroyo, L. (2015). El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 14 (1), pp. 401-405- 415 .Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/178711>
- Gutiérrez, J. & Esquen, O. & Gómez, E. (2014). Nivel de cumplimiento de los registros de Enfermería en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 7(1), p.51. Recuperado de http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/214/221.
- Hernández, R. & Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2010). Diseño de la investigación, *Metodología de la Investigación*. (pp. 4, 80-81,112-113, 149, 217-261). México: McGraw-Hill. Interamericana editores, s.a.
- Kozier, B. (2013). *Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y prácticas*. (9ª ed.). España: Pearson Educación S.A.
- Llapa, E. & Cleiton da Silva, O. & De Franca, T. (2013). Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 12 (31), p.206. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/administracion4.pdf>.
- López, J. & Saavedra, C. & Moreno, M. (2015). Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico de enfermería. *Revista Electrónica Medicina Salud y Sociedad*, 6 (1), p.65-75 Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/190>
- MINSA. (1999). Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Lima.

- Mompart, M. (2009). Administración y Gestión (2a ed) (pp. 415,417-420,422-423,425-431,433).España: Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- Nogueira, M. & Méndez, I. & Trevizan, M. (1999). Entrega de Turno: Análisis de factores en la comunicación. Revista Horizonte de Enfermería, 10 (1), p.8-18.Recuperado de <http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo81fin.pdf>.
- Normas de Gestión de las Calidad del Cuidado Enfermero. (2008). Lima, Jesús María, Perú.
- Reglamento de la Ley del Trabajo de la Enfermero Peruano. (2008).
- Ronderos, G. (2011). Cardiología Pediátrica Práctica (1° ed).Bogotá: Editorial Distribuna.
- Stephen, P. (2004). Comportamiento Organizacional (10a ed.). México: Peerson Educación México.
- Vargas, L. & Ramírez, M. & Rodríguez, S. (2012). Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del issste .Revista UNAM 15 (1).p.45. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/36353>
- Vargas, Z. (2016). Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso, 31. pp.1-19. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/24518/24719>.
- Verdugo-Batiz, A. & Esparza-Betancourt, R. & Magaña-Rosas, A. (2011). Factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en pacientes con carcinoma mamario. Rev. Enferm Inst. Mex. Seguro Soc., 19 (1), p.15. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=324&id_seccion=4905&id_ejemplar=8113&id_articulo=82159.
- Yáñez-Corral, A. & Zarate-Grajales, R. (2016). Diseño de un instrumento para evaluar el proceso de enlace de turno de enfermería. Revista Enfermería Universitaria 13 (2), pp.102-105. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/55896/49589>.
- Zárate-Grajales, R. & Olvera-Arreola, S. & Hernández-Cantoral, S. (2015). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Revista Enfermería Universitaria, 1 p.68. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-70612-02-00063.pdf>.

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA						
TÍTULO: Factores personales asociados a la calidad de reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos posoperatorios Incor Essalud.2016						
AUTOR: Br Rosalynn Córdova Santivañez						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problema principal: ¿Cuáles son los factores personales asociados a la calidad de reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pos operatorios incor essalud?	Objetivo general: Determinar los factores personales asociados a la calidad de reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pos operatorios incor essalud	Hipótesis general: Existe relación entre los factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos post operatorios de Cardiopediatría.	Variable 1: FACTORES PERSONALES (Independiente)			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	NIVEL RANGO
			1. EDAD 2. SEXO 3 ESTADO CIVIL	Masculino Femenino Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente	1 2 3	Encuesta
				Licenciado	4	
			4.NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO	Especialista en enfermería Maestría Doctorado	5	
				276-728-1057		
			5.TIPO CONTRATO	Meses-Años	6	
			6. EXPERIENCIA EN EL AREA DE TRABAJO	Estructura de reporte de enfermería		
			7.CONOCIMIENTO	Proceso de reporte de enfermería		
					1.- Marque la definición del reporte de enfermería a.- Informe de enfermería al finalizar el turno. b.- Acciones encaminadas a la entrega y recepción de pacientes en un periodo de tiempo determinado. c.- Transferencia de información del personal saliente al personal entrante de cuidados brindados al paciente en un tiempo determinado.- Todas son correctas. 2.- El reporte de enfermería incluye tres fases, elija la opción	
Problemas secundarios: 1- Cuáles son los Factores Personales asociados a la Calidad del Reporte de Enfermería en su estructura en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatría del Instituto Nacional del Corazón-Es salud? 2- ¿Cuáles son los Factores Personales asociados a la Calidad	Objetivos específicos: 1. Determinar la relación entre los Factores Personales y la Estructura del Reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios del Instituto Nacional del Corazón. 2. Determinar la relación entre los Factores Personales y el Contenido del	Hipótesis específicas: 1- Existe relación entre los factores personales y la estructura del reporte de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios del Instituto Nacional del Corazón 2- Existe relación entre los factores personales y el contenido del reporte de enfermería en la unidad de cuidados				Bajo=0 - 61 Medio=7-10 Alto=11 – 15

<p>del Reporte de Enfermería en su contenido en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón-Es salud?</p> <p>3- ¿Cuáles son los Factores Personales asociados a la Calidad del Reporte de Enfermería en la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios de Cardiopediatria del Instituto Nacional del Corazón-Es salud?</p>	<p>Reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios del Instituto Nacional del Corazón.</p> <p>3. Determinar la relación entre los Factores Personales y la Seguridad del paciente del Reporte de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos post operatorios del Instituto Nacional del Corazón.</p>	<p>intensivos posoperatorios del instituto nacional del corazón-essalud.</p> <p>3. Existe relación entre los factores personales y la seguridad del reporte de enfermería en la unidad de cuidados intensivos posoperatorios del instituto nacional del corazón-essalud.</p>		<p>correcta:</p> <p>a.- Preparación del informe, entrega-recepción y cierre (observaciones) b.- Identificación de paciente, cuidados prioritizados</p> <p>c.- Entrega-recepción, cuidados prioritizados y evaluación d.- b y c.</p> <p>3.- La duración del reporte de enfermería es de aproximadamente:</p> <p>a.- 5 minutos. b.- 10 minutos c.- 10 a 20 minutos d.- b y c</p> <p>4.- El reporte de enfermería tiene como base la comunicación y es:</p> <p>a.- Comunicación fluida y unidireccional b.- Comunicación bidireccional que permita la retroalimentación c.- Comunicación científica y bidireccional d.- a y c</p> <p>5.- La calidad del reporte de enfermería se ve afectado por:</p> <p>a.- Ausencia de valoración y planificación b.- Escasas políticas de mejora de calidad c.- Carencia de base metodológica de atención, registros, factores estructurales y personales. d.- Factores estructurales y personales</p> <p>6.- El propósito del reporte de enfermería es:</p> <p>a.- Desarrolla trabajo en equipo b.- Perfecciona la aptitud de discusión y pensamiento reflexivo c.- Facilita el trabajo continuo de aquellos procedimientos no realizados d.- todas</p> <p>7.- Marque las características del reporte de enfermería</p> <p>a.- Objetivo, exacto, integro, actual y organizado b.- Periodicidad, frecuencia, duración, lugar y participantes c.- Participantes, lugar y duración d.- a y b</p> <p>8.- Identifique los momentos críticos que aseguran la continuidad del cuidado del paciente en el reporte de enfermería:</p> <p>a.- Transferencia a otra unidad. b.- Estancia hospitalaria, traslado a procedimientos, protocolización inadecuada c.- Ingreso del paciente, estancia hospitalaria y transferencia a otra unidad. d.- Protocolización inadecuada y transferencia a otra unidad</p> <p>9.- El reporte de enfermería contribuye</p> <p>a.- Continuidad del cuidado del paciente b.- Seguridad de la atención del paciente c.- Solamente a mejorar las prácticas de enfermería. d.- a y b</p> <p>10.- Para realizar el reporte de enfermería la enfermera posee:</p> <p>a.- Conocimiento científico y habilidades profesionales b.- Conocimiento de protocolos y experiencia profesional c.- Base metodológica científica. d.- b y c</p> <p>11.- La responsabilidad de la enfermera durante el reporte de enfermería es:</p> <p>a.- Proveer información clara, precisa y actualizada del paciente</p>	
--	---	--	--	--	--

			8. MOTIVACION	<p>Clima laboral Relaciones laborales Reconocimiento Adecuación a las condiciones del trabajo</p>	<p>b.- Puntualidad para la recepción-entrega del paciente c.- Propiciar ambiente de respeto entre el equipo. d.- todas las anteriores.</p> <p>12.- El reporte de enfermería tiene cuatro funciones: a.- Informativo, social, organizativo y educativo b.- Científico, administrativo, investigativo y educativo c.- Educativo, social, organizativo y de gestión. d.- todas las anteriores</p> <p>13.- La estructura de un reporte de enfermería está basado en: a.- Guías, protocolos y registros b.- Registros de ingresos y egresos c.- Algoritmos de intervención, protocolos y guías d.- b y c</p> <p>14.- Para garantizar la seguridad del paciente el reporte de enfermería debe transmitir: a.- Eventos centinelas b.- Riesgos e incidente c.- Eventos centinelas y riesgos d.- a y c</p> <p>15.- La continuidad de los cuidados del paciente que transmite el reporte de enfermería está compuesto por tres elementos: a.- Personal de enfermería, entorno y tipo de información b.- Atención personalizada, atención sanitaria integral y coordinación entre servicios. c.- Atención de enfermería, entorno y lenguaje estandarizado. d.- a y b.</p> <p>1. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo 2.Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer 3.Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable 4.Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud o a mis horas de sueño 5.La relación con mis jefes es poco cordial 6.Las relaciones con mis compañeros/as son poco cordiales 7.En mi trabajo me encuentro muy poco satisfecho 8.Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante 9.Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo 10.Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena</p>	<p>MUY DE ACUERDO</p> <p>1</p> <p>DE ACUERDO</p> <p>2NI DE ACUERDO NI EN</p> <p>DESACUERDO</p> <p>3EN</p> <p>DESACUERDO</p> <p>4MUY EN</p> <p>DESACUERDO</p> <p>5MUY EN</p> <p>DESACUERDO</p>
--	--	--	---------------	---	---	---

Variable 2: CALIDAD DE REPORTE DE ENFERMERIA (Dependiente)			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
1. Estructura		Elabora informe para enlace de turno(novedades): Lugar de enlace de turno: Índice enfermera paciente: Duración de enlace de turno:	Guía de observación 1 cumple
2- Continuidad del cuidado		1. Identifica al paciente por su nombre 2. Informa el diagnóstico médico del paciente 3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente 4. Informa el tipo de solución parenteral instalada al paciente 5. Revisa dispositivos de identificación 6. Revisa soluciones parenterales instaladas 7. Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis 8. Revisa funcionamiento de aparatos electro médicos instalados al paciente 9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión 10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente 11. Informa sobre manejo oxigenoterapia 12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria 13. Informa sobre manejo eliminación gastrointestinal 14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas 15. Informa sobre cuidado de drenajes 16. Informa sobre valoración del dolor 17. Informa sobre control de glucosa 18. Informa sobre control de líquidos 19. Informa sobre control de signos vitales con horario 20. Informa sobre procedimientos programados del paciente 21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente	2 No cumple 3 No aplica No cumplimiento: ≤ 65% Cumplimiento bajo : 66-79% Cumplimiento medio : 80-89% Cumplimiento alto 90-100%
3- Seguridad del paciente			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
TIPO: No experimental DISEÑO: Correlacional MÉTODO: Inductivo	POBLACIÓN: 45 ENFERMERAS TIPO DE MUESTRA: 100% cuantitativa TAMAÑO DE MUESTRA ES LA MISMA QUE LA POBLACION	Variable 1: (Independiente) FACTORES PERSONALES Técnicas: ENCUESTA Instrumento: CUESTIOMARIO Autor: elaboración propia Variable 2: (Dependiente) CALIDAD DE REPORTE DE ENFERMERIA Técnicas: Observación Instrumento: Guía de observacion Autor: yañez - Corral Año: 2016	DESCRIPTIVA: Se usaron la tabla de frecuencia y figuras construidas en base a los porcentajes de cada variable. INFERENCIAL: En esta sección se usó el modelo de regresión lineal múltiple, para confrontar las hipótesis.

ANEXO 3

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA CALIDAD DEL REPORTE DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CARDIOPEDIATRIA INCOR ESSALUD

Introducción: El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulada “Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en el servicio de Cardiopediatría Incor Essalud”. La información es de carácter confidencial y reservado, ya que los resultados serán manejados solo por la investigación. Agradezco su anticipadamente su valiosa colaboración.

Instrucciones: Primera apartado son preguntas cerradas donde tendrá usted que marcar con una X su elección, Segundo apartado contiene 15 ítems con respuestas politómicas donde usted marcara con una X su elección. Tercer apartado: preguntas sobre la motivación del personal de enfermería en el medio hospitalario que consta de 10 ítems, con múltiples respuestas donde usted elegirá con una X su elección.

APARTADO I: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS				
EDAD: SEXO: Maculino () Femenino ()	ESTADO CIVIL: Soltero() Casado() Divorciado () Viudo() Conviviente()	CONTRATO: O: 276() 728 () 1057()	INSTRUCCIÓN ALCANZADA: O: Licenciado() Especialidad() Maestría() Doctorado()	EXPERIENCIA EN EL AREA DE TRABAJO Tiempo de experiencia en el servicio: Años de experiencia profesional:

APARTADO II: CONOCIMIENTOS SOBRE REPORTE DE ENFERMERIA
1.- Marque la definición del reporte de enfermería a.- Informe de enfermería al finalizar el turno. b.- Acciones encaminadas a la entrega y recepción de pacientes en un periodo de tiempo determinado. c.- Transferencia de información del personal saliente al personal entrante de cuidados brindados al paciente en un tiempo determinado. d.- Todas son correctas. 2.- El reporte de enfermería incluye tres fases, elija la opción correcta: a.- Preparación del informe, entrega-recepción y cierre (observaciones) b.- Identificación de paciente, cuidados priorizados c.- Entrega-recepción, cuidados priorizados y evaluación d.- b y c. 3.- La duración del reporte de enfermería es de aproximadamente: a.- 5 minutos. b.- 10 minutos c.- 10 a 20 minutos d.- b y c 4.- El reporte de enfermería tiene como base la comunicación y es: a.- Comunicación fluida y unidireccional b.- Comunicación bidireccional que permita la retroalimentación c.- Comunicación científica y bidireccional d.- a y c 5.- La calidad del reporte de enfermería se ve afectado por: a.- Ausencia de valoración y planificación b.- Escasas políticas de mejora de calidad c.- Carencia de base metodológica de atención, registros, factores estructurales y personales. d.- Factores estructurales y personales 6.- El propósito del reporte de enfermería es: a.- Desarrolla trabajo en equipo b.- Perfecciona la aptitud de discusión y pensamiento reflexivo c.- Facilita el trabajo continuo de aquellos procedimientos no realizados d.- todas 7.- Marque las características del reporte de enfermería a.- Objetivo, exacto, integro, actual y organizado b.- Periodicidad, frecuencia, duración, lugar y participantes c.- Participantes, lugar y duración d.- a y b 8.- Identifique los momentos críticos que aseguran la continuidad del cuidado del paciente en el reporte de enfermería: a.- Transferencia a otra unidad. b.- Estancia hospitalaria, traslado a procedimientos, protocolización inadecuada c.- Ingreso del paciente, estancia hospitalaria y transferencia a otra unidad. d.- Protocolización inadecuada y transferencia a otra unidad 9.- El reporte de enfermería contribuye a.- Continuidad del cuidado del paciente b.- Seguridad de la atención del paciente c.- Solamente a mejorar las prácticas de enfermería. d.- a y b 10.- Para realizar el reporte de enfermería la enfermera posee: a.- Conocimiento científico y habilidades profesionales b.- Conocimiento de protocolos y experiencia profesional c.- Base metodológica científica. d.- b y c 11.- La responsabilidad de la enfermera durante el reporte de enfermería es: a.- Proveer información clara, precisa y actualizada del paciente b.- Puntualidad para la recepción-entrega del paciente

<p>c.- Propiciar ambiente de respeto entre el equipo. d.- todas las anteriores.</p> <p>12.- El reporte de enfermería tiene cuatro funciones: a.- Informativo, social, organizativo y educativo b.- Científico, administrativo, investigativo y educativo c.- Educativo, social, organizativo y de gestión. d.- todas las anteriores</p> <p>13.- La estructura de un reporte de enfermería está basado en: a.- Guías, protocolos y registros b.- Registros de ingresos y egresos c.- Algoritmos de intervención, protocolos y guías d.- b y c</p> <p>14.- Para garantizar la seguridad del paciente el reporte de enfermería debe transmitir: a.- Eventos centinelas b.- Riesgos e incidente c.- Eventos centinelas y riesgos d.- a y c</p> <p>15.- La continuidad de los cuidados del paciente que transmite el reporte de enfermería está compuesto por tres elementos: a.- Personal de enfermería, entorno y tipo de información b.- Atención personalizada, atención sanitaria integral y coordinación entre servicios. c.- Atención de enfermería, entorno y lenguaje estandarizado. d.- a y b.</p>					
APARTADO III: CUESTIONARIO SOBRE MOTIVACION LABORAL	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
1. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo					
2.- Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer					
3.- Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable					
4.- Muchas veces mi trabajo en el hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud o a mis horas de sueño					
5.- La relación con mis jefes es poco cordial					
6.- Las relaciones con mis compañeros/as son poco cordiales					
7.- En mi trabajo me encuentro muy poco satisfecho					
8.- Generalmente, el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante					
9.- Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo					
10.- Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena					

ANEXO 4
GUIA DE OBSERVACION

**“EVALUACION DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA”
YÁÑEZ Y ZÁRATE 2014.**

Introducción: El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulada “Factores personales asociados a la calidad del reporte de enfermería en el servicio de Cardiopediatría Incor Essalud”. La información es de carácter confidencial y reservado, ya que los resultados serán manejados solo por la investigación. Agradezco su anticipadamente su valiosa colaboración.

Instrucción: La observadora llenará el apartado I, luego marcara con una X los ítems de los apartados II y III según sea su elección.

APARTADOS		CONTENIDO			
I	Datos sociodemográficos:	Turno de reporte:			
II	Estructura:	1. Elabora informe para enlace de turno(novedades): 2. Lugar de enlace de turno: 3. Índice enfermera paciente: 4. Duración de enlace de turno:			
	Aspectos organizativos.				
	Proceso (entrega recepción de pacientes)		CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
		1. Identifica al paciente por su nombre			
		2. Informa el diagnóstico médico del paciente			
		3. Informa sobre tipo de dieta o ayuno del paciente			
		4. Informa el tipo de solución parenteral instalada al paciente			
		5. Revisa dispositivos de identificación			
		6. Revisa soluciones parenterales instaladas			
		7. Revisa que los accesos vasculares del paciente estén libres de flebitis			
		8. Revisa funcionamiento de aparatos electro médicos instalados al paciente			
		9. Informa nivel de riesgo de úlcera por presión			
		10. Informa nivel de riesgo de caída del paciente			
	seguridad del paciente				
	Intervenciones de enfermería	11. Informa sobre manejo oxigenoterapia			
		12. Informa sobre manejo de eliminación urinaria			
		13. Informa sobre manejo eliminación gastrointestinal			
		14. Informa sobre cuidado de heridas y estomas			
		15. Informa sobre cuidado de drenajes			
		16. Informa sobre valoración del dolor			

		17. Informa sobre control de glucosa			
		18. Informa sobre control de líquidos			
		19. Informa sobre control de signos vitales con horario			
	Procedimientos y exámenes de laboratorio o radiología e imagen programados al paciente	20. Informa sobre procedimientos programados del paciente			
		21. Informa sobre estudios de laboratorio y de radiología e imagen pendientes del paciente			
III OBSERVACIONES: (Hechos relevantes durante la guardia)					

ANEXO 5

**Rangos y niveles del instrumento Conocimiento de Reporte de Enfermería
mediante el método Dalenius-Hodges.**

Clase	Li	Ls	xi	fi	Raiz fi	Acum fi
1	2.00	2.30	2	1	1.00	1.00
2	2.30	2.60	2	0	0.00	1.00
3	2.60	2.90	3	0	0.00	1.00
4	2.90	3.20	3	1	1.00	2.00
5	3.20	3.50	3	0	0.00	2.00
6	3.50	3.80	4	0	0.00	2.00
7	3.80	4.10	4	2	1.41	3.41
8	4.10	4.40	4	0	0.00	3.41
9	4.40	4.70	5	0	0.00	3.41
10	4.70	5.00	5	0	0.00	3.41
11	5.00	5.30	5	1	1.00	4.41
12	5.30	5.60	5	0	0.00	4.41
13	5.60	5.90	6	0	0.00	4.41
14	5.90	6.20	6	5	2.24	6.65
15	6.20	6.50	6	0	0.00	6.65
16	6.50	6.80	7	0	0.00	6.65
17	6.80	7.10	7	9	3.00	9.65
18	7.10	7.40	7	0	0.00	9.65
19	7.40	7.70	8	0	0.00	9.65
20	7.70	8.00	8	0	0.00	9.65
21	8.00	8.30	8	5	2.24	11.89
22	8.30	8.60	8	0	0.00	11.89
23	8.60	8.90	9	0	0.00	11.89
24	8.90	9.20	9	10	3.16	15.05
25	9.20	9.50	9	0	0.00	15.05
26	9.50	9.80	10	0	0.00	15.05
27	9.80	10.10	10	8	2.83	17.88
28	10.10	10.40	10	0	0.00	17.88
29	10.40	10.70	11	0	0.00	17.88
30	10.70	11.00	11	3	1.73	19.61
				45	19.61	

Nivel de conocimiento	Categorías
Conocimiento bajo	0 – 6
Conocimiento medio	7 – 10
Conocimiento alto	11 - 15

ANEXO 6

Rangos y niveles del instrumento Motivación de Reporte de Enfermería mediante el método Dalenius-Hodges.

Clase	Li	Ls	xi	fi	Raiz fi	Acum fi		
1	14.00	14.64	14	1	1.00	1.00		
2	14.64	15.28	15	0	0.00	1.00		
3	15.28	15.92	16	0	0.00	1.00		
4	15.92	16.56	16	1	1.00	2.00		
5	16.56	17.20	17	0	0.00	2.00		
6	17.20	17.84	18	0	0.00	2.00		
7	17.84	18.48	18	1	1.00	3.00		
8	18.48	19.12	19	3	1.73	4.73		
9	19.12	19.76	19	0	0.00	4.73		
10	19.76	20.40	20	2	1.41	6.14		
11	20.40	21.04	21	3	1.73	7.87		
12	21.04	21.68	21	0	0.00	7.87		
13	21.68	22.32	22	2	1.41	9.28		
14	22.32	22.96	23	0	0.00	9.28	1*q=	9.12
15	22.96	23.60	23	7	2.65	11.93		
16	23.60	24.24	24	4	2.00	13.93		
17	24.24	24.88	25	0	0.00	13.93		
18	24.88	25.52	25	2	1.41	15.34		
19	25.52	26.16	26	4	2.00	17.34		
20	26.16	26.80	26	0	0.00	17.34		
21	26.80	27.44	27	1	1.00	18.34	2*q=	18.24
22	27.44	28.08	28	3	1.73	20.07		
23	28.08	28.72	28	0	0.00	20.07		
24	28.72	29.36	29	1	1.00	21.07		
25	29.36	30.00	30	3	1.73	22.80		
26	30.00	30.64	30	0	0.00	22.80		
27	30.64	31.28	31	2	1.41	24.21		
28	31.28	31.92	32	0	0.00	24.21		
29	31.92	32.56	32	3	1.73	25.94		
30	32.56	33.20	33	2	1.41	27.35		
			45	27.35				

Nivel de motivación	Categorías
Motivación baja	10 – 22
Motivación media	23 – 27
Motivación alta	28 - 50

ANEXO 7

PRUEBA DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH (α) PARA EL INSTRUMENTO CUESTIONARIO CONOCIMIENTO DE REPORTE DE ENFERMERIA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_t^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{18}{18-1} \left[1 - \frac{20.2}{60.7} \right] = 0.71$$

A = 0.71 confiabilidad alta

ANEXO 8

PRUEBA DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH (α) PARA EL INSTRUMENTO MOTIVACION DE REPORTE DE ENFERMERIA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{10}{10-1} \left[1 - \frac{9.29}{26.7} \right] = 0.72$$

A = 0.72 confiabilidad alta

ANEXO 9

PRUEBA DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH (α) PARA EL INSTRUMENTO GUIA DE OBSERVACION DEL REPORTE DE ENFERMERIA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_t^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Crombach

$$\alpha = \frac{21}{21-1} \left[1 - \frac{6.4}{29.4} \right] = 0.82$$

A = 0.82 confiabilidad muy alta

ANEXO 10

BASE DE DATOS

PERSO	EDAD	SEX	ESTCIV	INSTR	CONTR	EXPSERV	EXPPROF	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15
1	36	2	1	1	3	5	8	4	1	3	4	3	4	2	4	4	2	4	3	1	2	4
2	51	1	2	1	2	13	23	4	3	3	4	1	4	2	1	4	2	4	2	1	2	1
3	38	2	1	2	2	8	10	3	1	2	1	3	4	2	3	4	1	1	1	1	2	3
4	54	2	2	3	3	20	20	3	4	2	4	3	4	1	3	1	4	4	3	1	3	1
5	47	2	1	2	3	16	17	3	1	3	3	3	4	1	2	4	4	4	2	1	2	2
6	40	2	1	2	3	7	12	4	3	3	3	3	4	1	3	4	1	4	2	3	2	1
7	36	2	2	2	3	7	11	4	3	3	3	3	4	1	3	4	1	4	2	4	2	1
8	45	2	2	2	2	16	20	3	1	4	2	1	1	1	3	4	1	4	1	4	2	3
9	46	2	2	2	2	15	20	2	3	3	4	3	1	1	4	2	1	1	2	1	3	3
10	42	1	1	2	3	7	10	4	4	3	3	3	4	1	3	4	4	4	1	4	4	1
11	33	2	2	2	3	5	10	1	4	3	2	4	1	1	2	4	4	3	2	4	3	1
12	39	2	5	2	2	9	11	4	4	3	2	3	4	1	3	4	1	4	1	4	2	1
13	35	2	1	2	2	8	10	3	4	3	4	1	4	4	1	4	2	4	2	4	2	4
14	37	2	5	2	3	7	9	4	3	3	1	3	3	1	4	4	1	4	2	1	2	3
15	32	2	1	2	3	4	8	4	4	4	1	3	1	4	3	1	4	1	1	3	4	3
16	37	2	2	2	3	7	11	3	1	3	2	3	4	4	3	4	1	4	1	1	2	3
17	38	2	2	2	2	8	12	3	3	4	2	3	4	1	3	4	1	4	1	1	2	3
18	31	2	1	2	3	4	8	3	3	2	3	2	4	1	3	4	4	4	4	4	2	3
19	48	2	2	1	2	15	22	4	3	3	3	1	4	1	3	1	2	4	2	1	2	3
20	50	2	2	3	2	16	30	2	1	3	2	1	4	2	2	4	1	4	1	4	2	3
21	42	2	2	3	3	5	10	3	1	3	2	3	4	1	3	4	4	4	3	1	1	1
22	43	2	2	3	2	14	20	4	4	3	2	3	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4
23	42	2	2	1	2	3	3	4	4	4	2	2	4	4	3	4	4	4	4	1	2	3
24	36	2	2	2	3	7	10	4	3	2	1	1	4	1	3	4	4	4	2	1	2	3
25	46	2	2	3	2	11	22	4	4	3	2	3	4	4	4	4	1	4	2	1	2	3

26	38	2	1	2	2	10	15	3	4	2	3	3	4	1	4	4	4	4	2	4	2	3
27	41	2	1	2	3	4	14	4	3	4	2	3	4	1	3	4	3	4	3	3	2	4
28	40	2	1	2	2	9	13	4	4	3	3	4	4	1	3	4	4	4	2	4	4	4
29	36	2	1	2	3	4	8	4	3	4	2	3	4	1	3	4	2	4	3	3	2	4
30	39	2	2	2	3	4	10	3	1	1	2	1	4	1	3	4	4	4	1	1	2	3
31	39	2	1	2	2	8	13	3	4	3	2	3	4	4	4	4	1	4	1	1	2	3
32	37	2	5	2	3	7	9	3	3	3	2	4	4	1	3	4	1	4	2	1	2	3
33	48	2	2	2	2	8	25	3	3	2	2	4	4	1	1	4	4	1	1	1	2	3
34	44	2	2	2	3	6	10	2	3	2	4	1	4	1	2	1	1	1	4	1	2	3
35	48	2	2	2	3	16	20	3	4	3	4	3	4	1	3	4	1	4	1	1	2	3
36	39	2	2	3	2	9	17	2	1	1	2	3	4	1	3	4	1	4	2	1	2	3
37	43	2	2	2	2	12	23	3	3	4	2	3	4	1	3	4	1	4	1	1	2	3
38	59	2	2	2	3	20	32	4	3	3	2	3	4	1	3	4	1	4	1	1	2	3
39	43	2	1	2	2	15	20	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	2	1	2	3
40	34	2	1	2	3	4	8	3	4	1	3	1	4	1	3	1	1	1	2	1	2	3
41	43	2	1	3	3	7	14	3	4	3	2	3	4	4	3	4	1	4	2	4	2	3
42	37	2	1	2	2	8	12	2	1	2	2	3	4	1	1	4	1	4	1	1	2	3
43	37	1	1	1	3	7	10	3	1	4	2	3	4	1	3	4	1	4	4	1	2	1
44	40	2	1	2	2	8	13	3	1	3	2	3	4	1	3	4	1	1	2	1	4	2
45	40	2	2	2	3	8	12	3	4	3	2	1	4	1	3	4	1	4	3	1	4	2

M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	O1
4	5	5	5	4	4	5	2	5	5	0
2	3	2	3	3	3	3	2	5	4	0
1	2	2	4	2	4	4	5	4	4	1
4	4	2	4	4	5	4	4	4	5	0
2	2	3	3	3	3	4	2	5	5	1
3	3	3	2	3	4	2	4	3	4	0
3	3	4	3	4	5	5	3	5	5	0
2	5	2	4	4	4	4	4	5	5	1
4	4	2	4	4	4	4	3	5	4	0
2	3	4	5	3	4	4	4	5	5	0
4	4	4	3	2	4	4	3	4	4	0
3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	1
4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	1
2	3	3	4	4	4	4	3	5	5	1
4	4	4	4	5	5	5	2	4	5	0
4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	0
5	2	1	3	2	5	1	5	5	3	1
2	3	3	5	5	5	3	3	3	5	0
2	3	2	4	3	5	3	4	5	4	0
2	2	5	5	5	5	5	3	5	5	1
5	3	1	4	2	3	1	3	4	4	1
2	2	2	3	2	3	3	3	5	5	0
4	5	2	3	2	4	2	2	4	5	0
2	2	2	2	2	3	3	2	3	4	1
4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	0

[illegible]

[illegible]

21	42	2	2	3	3	5	10	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
22	43	2	2	3	2	14	20	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
23	42	2	2	1	2	3	3	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0
24	36	2	2	2	3	7	10	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
25	46	2	2	3	2	11	22	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
26	38	2	1	2	2	10	15	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
27	41	2	1	2	3	4	14	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0
28	40	2	1	2	2	9	13	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
29	36	2	1	2	3	4	8	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0
30	39	2	2	2	3	4	10	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	39	2	1	2	2	8	13	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	37	2	5	2	3	7	9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	48	2	2	2	2	8	25	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
34	44	2	2	2	3	6	10	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
35	48	2	2	2	3	16	20	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	39	2	2	3	2	9	17	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
37	43	2	2	2	2	12	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	59	2	2	2	3	20	32	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	43	2	1	2	2	15	20	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
40	34	2	1	2	3	4	8	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0
41	43	2	1	3	3	7	14	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1

ANEXO 11

CARTA DE PRESENTACION AL INSTITUTO NACIONAL INCOR ALBERTO PESCHIERA

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

PARA: Dr ARMANDO GODOY PALOMINO

DE: Lic. ROSALYN CORDOVA SANTIVÁÑEZ

SOLICITA: Revisión de Proyecto de Investigación por Comité de Investigación

Yo, Rosalynn Cordova Santivañez, identificada con N° DNI: 40320859, Licenciada de Enfermería del Servicio de Cardiopediatría, ante usted me presento y expongo, que vengo realizando la Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, en la Universidad Cesar Vallejo, y para optar el título realizo el Proyecto de Investigación titulado: FACTORES PERSONALES ASOCIADOS LA CALIDAD DEL REPORTE DE ENFERMERIA; para lo cual acudo a su despacho para solicitarle tenga bien otorgarme el permiso necesario para la aplicación del proyecto mencionado; previa revisión y presentación ante su comité.

Suplico a usted Sr. Director, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Lima 11 de Noviembre del 2016

Pórcela SC
DNI: 40320859

INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR
COMITÉ DE INVESTIGACION

Requisitos:	Si	No	Recomendaciones:
11.- Análisis estadístico	X		
12.-Implicaciones éticas	X		
13.- Organización	X		
14.- Cronograma de actividades	X		
15.- Anexos: Hoja de recolección de datos Consentimiento Informado	X		
16.- Bibliografía:	X		

DICTAMEN	Si se acepta		Se acepta con modificaciones		No se acepta	
	X					

NOMBRE DEL (LOS) EVALUADOR (ES):

<p><i>Alberto Morales</i></p> <p>Dr. Jorge Alberto Morales Quipe Clínica Pediátrica S.C.P. de Desarrollo C.M.P. 30447 A.N.E. 2077 Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica</p>	<p><i>Alejandro Peña Villalobos</i></p> <p>Lic. Alejandro Peña Villalobos C.M.P. 30447 A.N.E. 2077 Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica</p>	<p><i>Manuel Chacón Díaz</i></p> <p>Dr. Manuel Chacón Díaz Servicio de Cardiología Clínica C.M.P. 3811 A.N.E. 3724 Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica</p>
<p>Dr. Jorge Alberto Morales Quipe</p>	<p>Dr. Alejandro Peña Villalobos</p>	<p>Dr. Manuel Chacón Díaz</p>
<p><i>José Ríos Ortega</i></p> <p>Dr. José Ríos Ortega C.M.P. 30447 A.N.E. 2077 Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica</p>	<p><i>Jessica Moreno Córdova</i></p> <p>Lic. Jessica Moreno Córdova Enfermera S.I. 6 R.E.P. 5843 Subsecretaría de Salud</p>	<p><i>José Azaña Quipe</i></p> <p>Lic. José Azaña Quipe C.M.P. 30447 A.N.E. 2077 Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica</p>
<p>Dr. José Ríos Ortega</p>	<p>Lic. Jessica Moreno Córdova</p>	<p>Lic. José Azaña Quipe</p>

FIGURA 2

Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según sexo, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

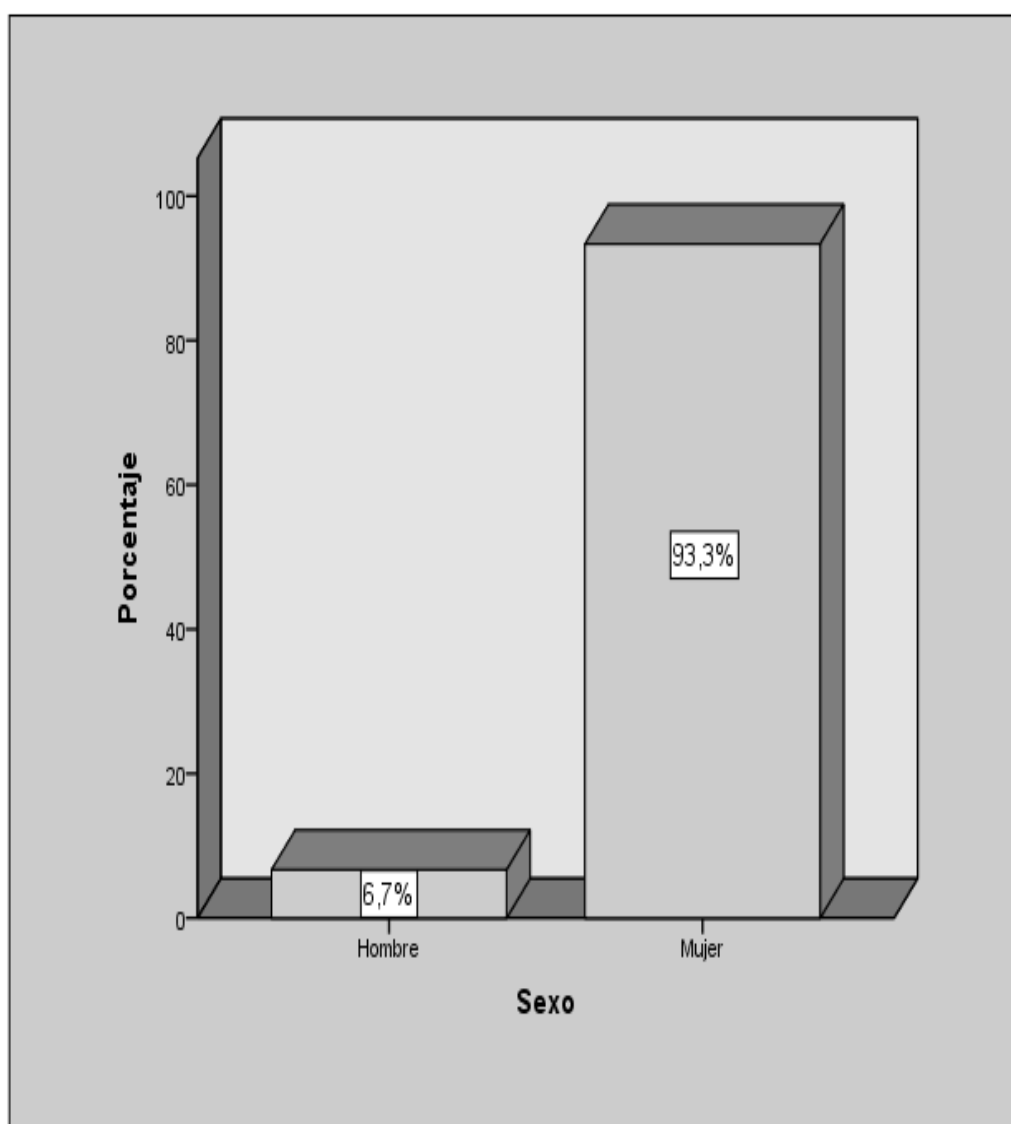


FIGURA 3

Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según estado civil, Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

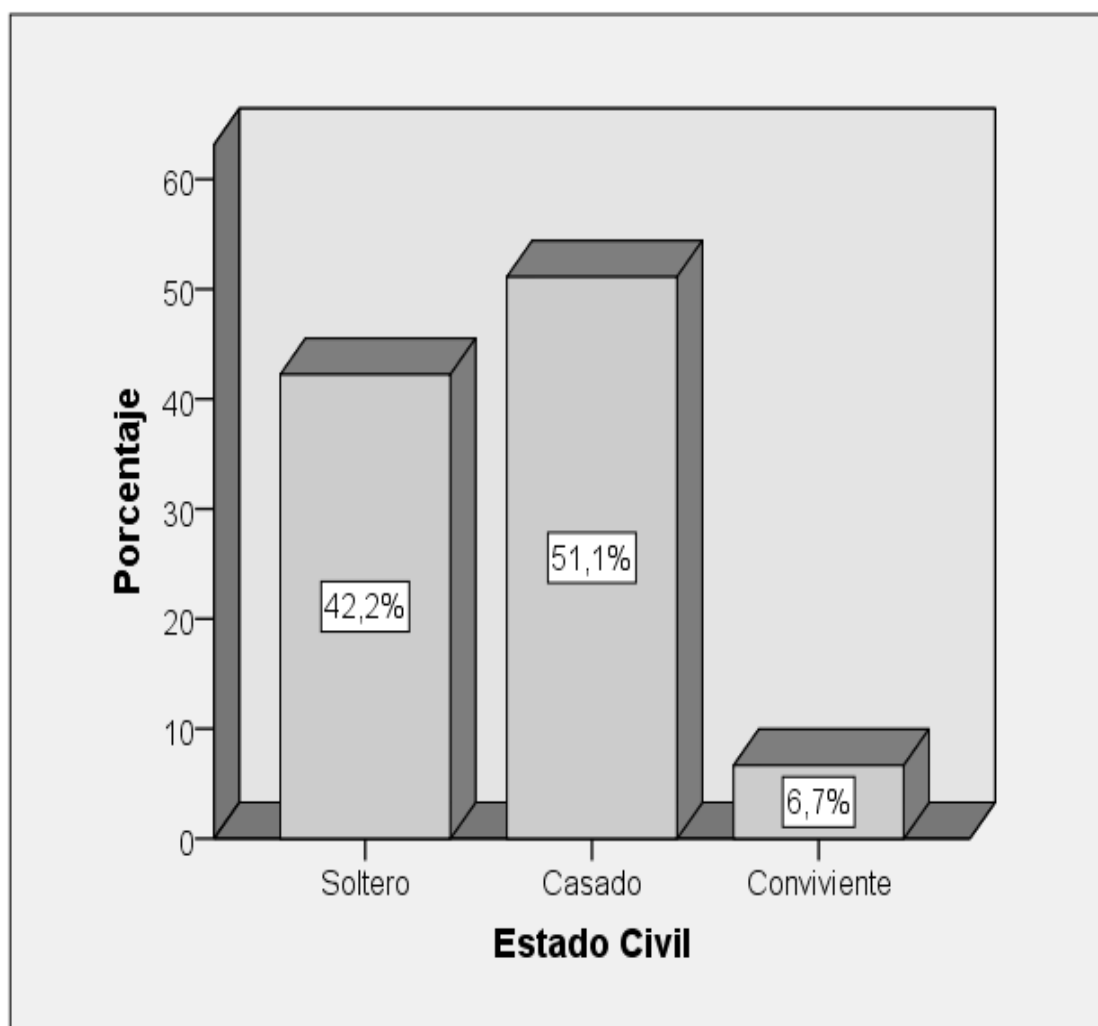


FIGURA 4

**Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según tipo de contrato,
Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR
Essalud, 2016**

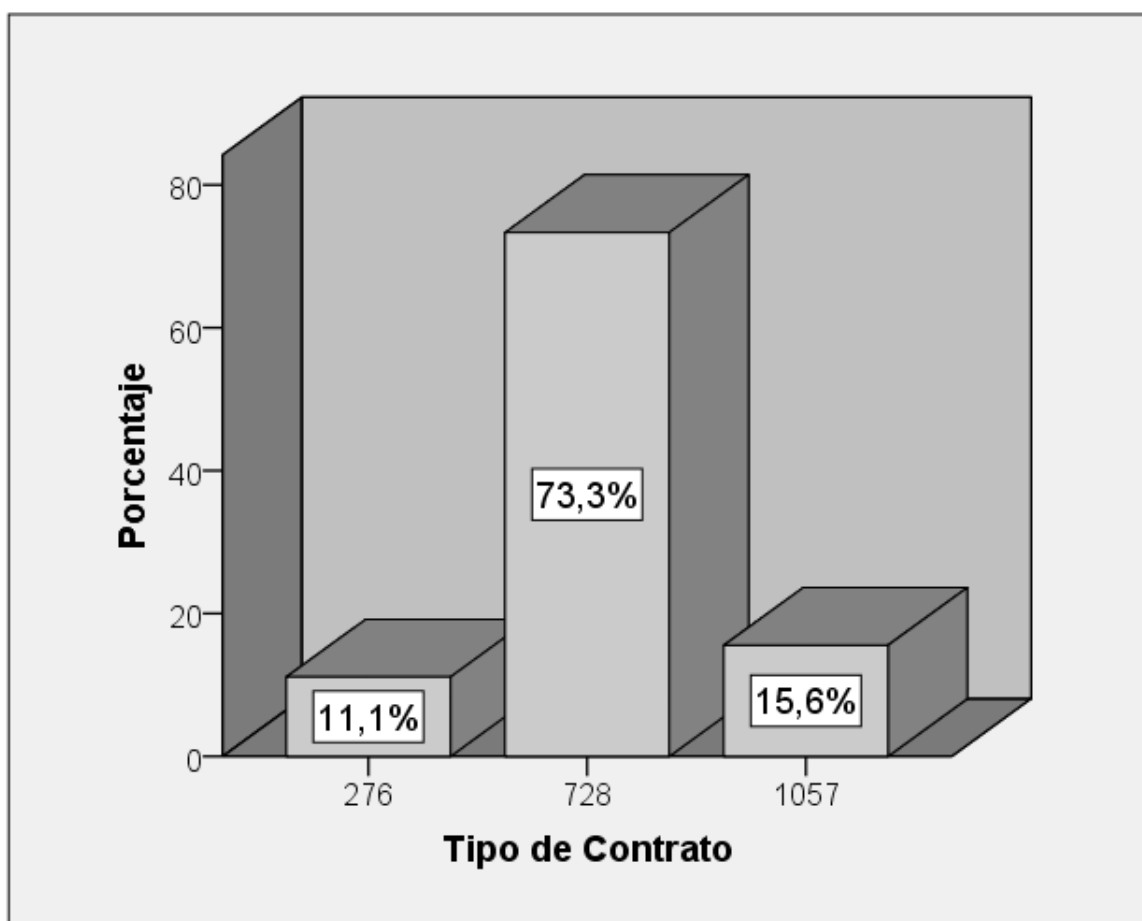


FIGURA 5

**Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de instrucción,
Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR
Essalud, 2016**

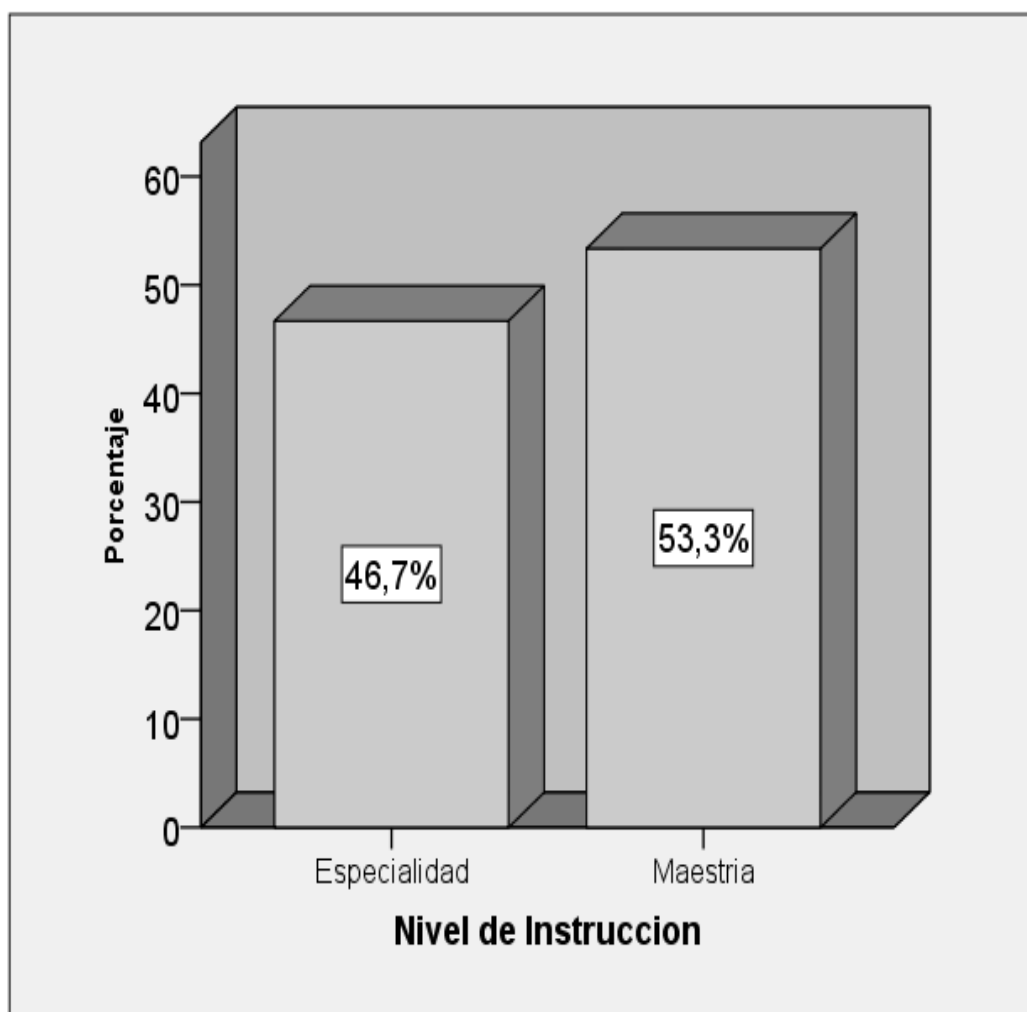


FIGURA 6

**Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de conocimiento,
Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR
Essalud, 2016**

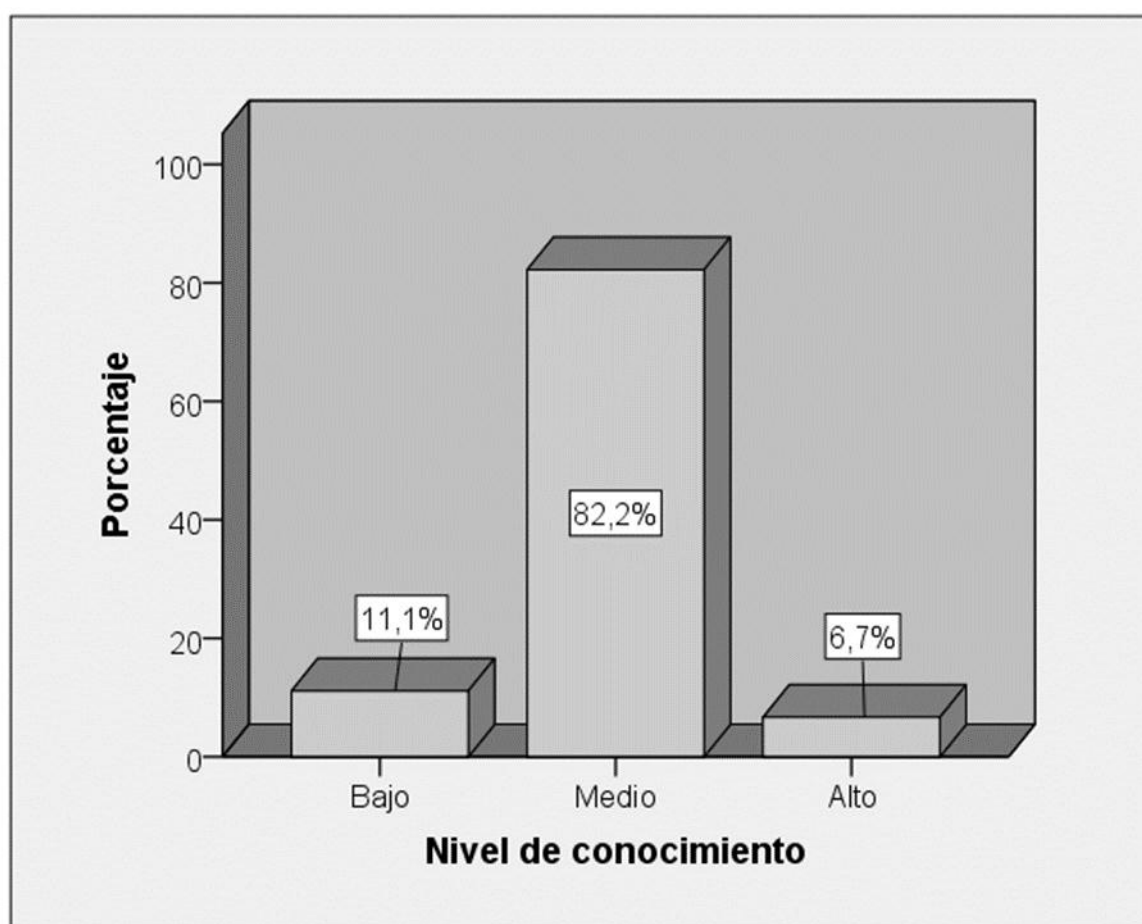


FIGURA 7

**Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según nivel de motivación,
Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR
Essalud, 2016**

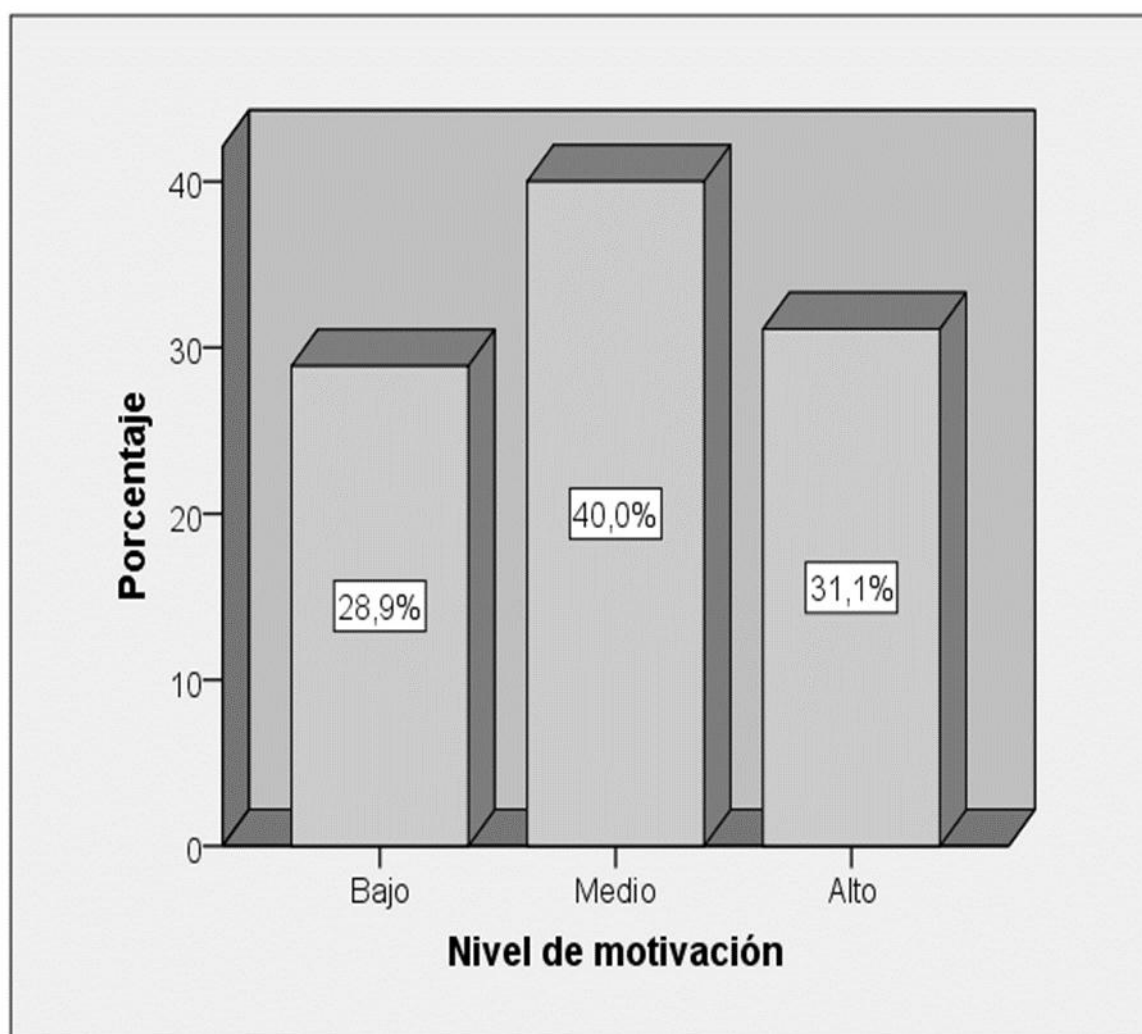


FIGURA 8

Grafica de barras de frecuencia de enfermeras según tiempo de experiencia profesional y laboral Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorios de Cardiopediatría, INCOR Essalud, 2016

